FECHA DE TITULACIÓN

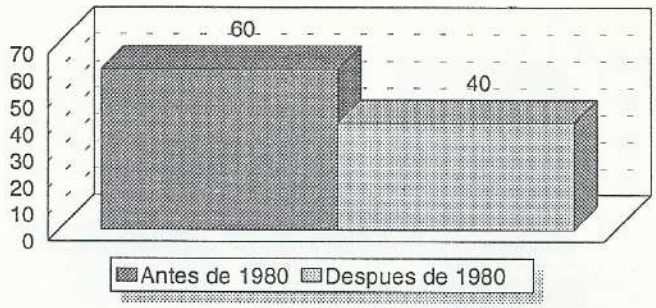


Gráfico 2

¿La profesión de enfermería implica la función docente en relación a alumnos?

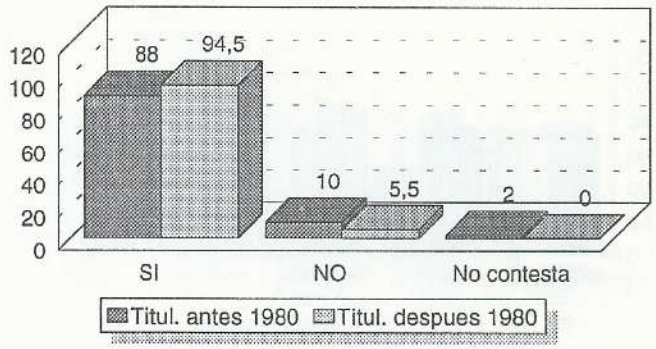


Gráfico 3

¿Quién debe asumir la docencia de los alumnos?

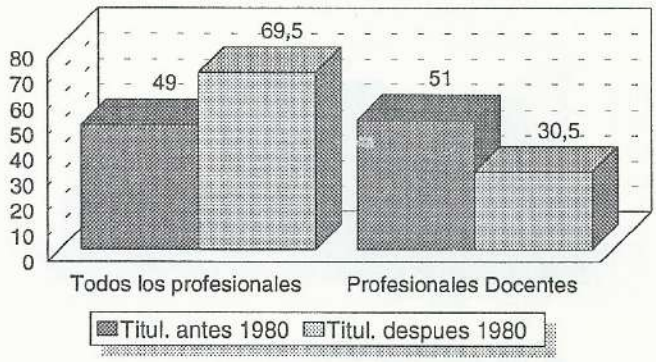


Gráfico 4

¿Les gusta realizar la docencia con los alumnos?

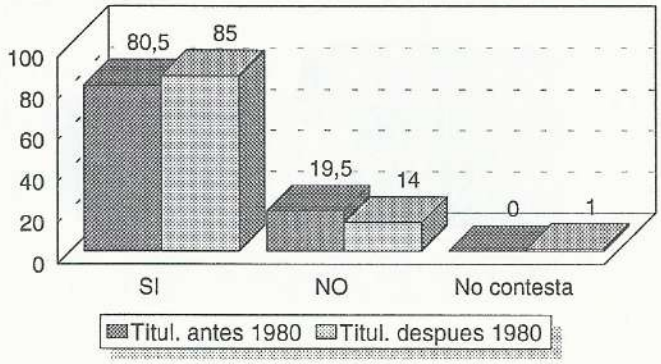


Gráfico 5

¿Qué representa colaborar en la docencia de los alumnos?

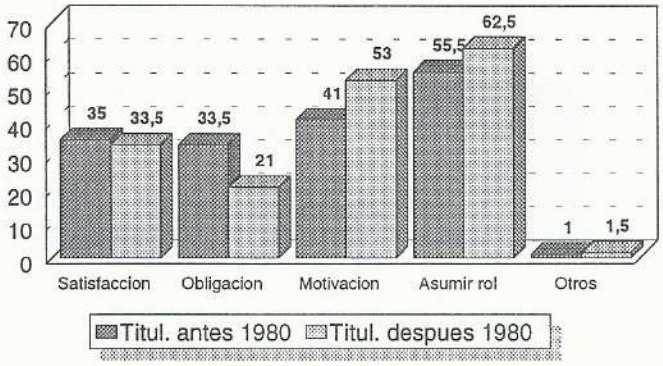


Gráfico 6

¿Se sienten reconocidos por la docencia realizada con los alumnos?

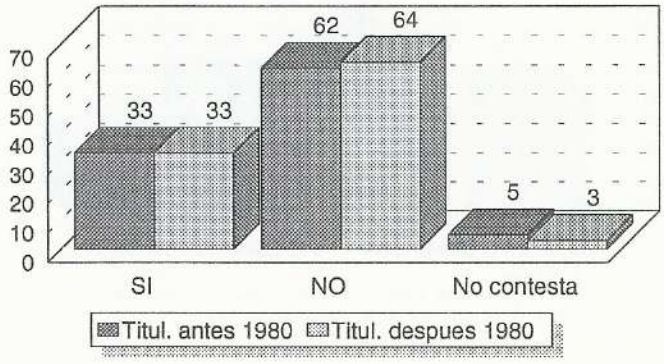


Gráfico 7

Elementos que daría reconocimiento a la labor docente

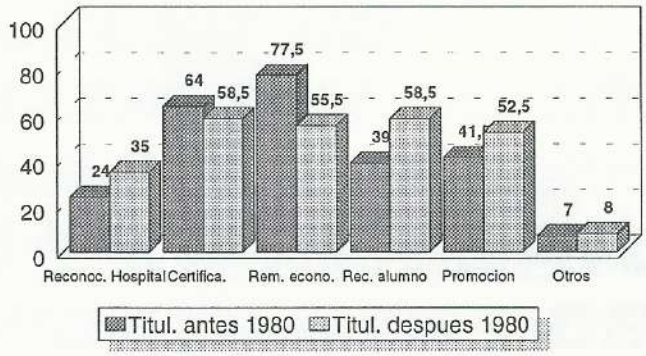


Gráfico 8

Tener alumnos contribuye a:

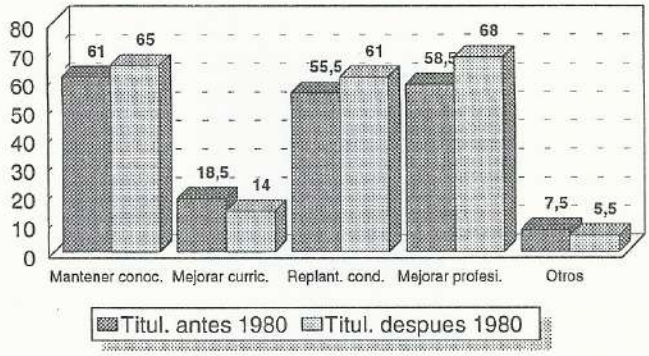


Gráfico 9

La presencia de alumnos comporta:

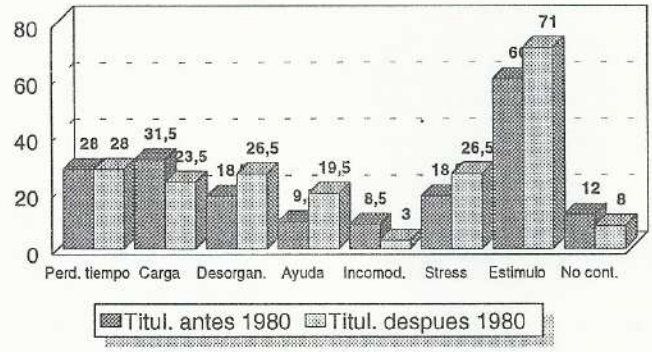


Gráfico 10

Problemas en relación a la docencia con los alumnos

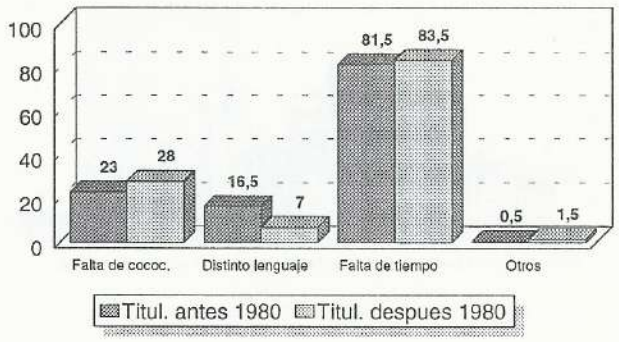


Gráfico 11

EL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE PRIMER CURSO Y LA ASIGNATURA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

Marilla Nocolás Dueñas

Profesora de la E.U.E. "Puerta del Hierro"
Universidad Autónoma
Madrid

INTRODUCCIÓN

Con esta comunicación pretendemos presentar las reflexiones que nos han conducido a incorporar un nuevo elemento a la metodología en la asignatura de Fundamentos de Enfermería y una aproximación a la evaluación del mismo.

Se entiende por socialización profesional el complejo proceso mediante el cual una persona adquiere el conocimiento, la capacidad y el sentimiento de identidad ocupacional características de esa profesión. (Jacox, 1973).

En este proceso, una persona renuncia a los estereotipos sociales y de los medios de comunicación que prevalecen en nuestra cultura y adopta los que mantienen los componentes de este grupo de profesional. (Cohen, 1988).

Los estudiantes de enfermería comienzan su carrera cargados de estereotipos, prejuicios y expectativas fundadas en esos prejuicios que, como miembros de la sociedad, han ido asimilando a lo largo de sus vidas. Las ideas generales con las que llegan a las Escuelas de Enfermería, en ocasiones crean una imagen infantil, basada en la forma en que la sociedad ve a las enfermeras. Además, la sociedad, como afirma Cohen, no respeta la base de conocimientos de enfermería del mismo modo que respeta la del médico.

La mayor parte de los alumnos, y muchos educadores, suponen que los mayores problemas en la formación básica son debidos a la falta de conocimientos y adquisición de habilidades de los estudiantes durante el proceso educativo, pero hay otro aspecto esencial, no siempre tenido en cuenta, en la socialización profesional.

En una progresión lógica esta socialización se podría producir en cuatro etapas:

Primera, de dependencia unilateral, en la que el estudiante debe aceptar las bases teóricas y pragmáticas sin cuestionárselas. Una segunda fase de negativismo e independencia, en la que se empiezan a cuestionar todo el material educativo que se les está presentando y contrastan la teoría con la práctica; la tercera de independencia/asociación, en la que deben aprender a distinguir la información más importante, a seleccionar y a integrar, adoptando una apariencia profesional. La cuarta y última etapa, es llamada de interdependencia; en ella, el estudiante debe ser capaz de aprender de otros, pero debe tener juicio independiente. Este proceso tendría que culminar logrando enfermeras profesionales, independientes y seguras de sí. En este modelo, como cada etapa se basa en la precedente, cada una de ellas debe ser superada con éxito, pues de lo contrario, el estudiante irá atravesando etapas sin resolver problemas que se irán acumulando.

Cuando se inicia la asignatura de Fundamentos de Enfermería, las ideas que por lo general tiene el alumno contrastan fuertemente con el marco teórico que ha de ir incorporando y que en definitiva debe ir configurando un primer contacto con el concepto de enfermería.

Aunque los autores citados anteriormente (Cohen y cols.) perciben la primera etapa de aceptación/dependencia como la mas fácil de superar, nosotros discrepamos de esa idea.

Desde nuestro punto de vista, este es un paso esencial en el proceso de socialización que se puede ver dificultado por múltiples factores, a saber:

La influencia del entorno del que proceden, que sigue transmitiendo su propia imagen de la enfermera y de la enfermería.

La secuencialidad del aprendizaje, con las muchas dificultades que implica la correspondencia entre las diferentes asignaturas del currículum.

El tiempo, siempre limitado y más escaso del que todos desearíamos.

La discrepancia que es probable que encuentren (en etapas posteriores) en cuanto a valores y a cultura profesional entre los profesores y los profesionales que se dedican a la asistencia.

Pero el mayor enemigo en esta etapa puede que sea el aprendizaje memorístico, demasiado extendido en la metodología de estudio de los jóvenes. No es deseable que el estudiante memorice un modelo de enfermería, sus conceptos principales, las aplicaciones de la teoría de la comunicación o la técnica de la entrevista para la valoración inicial... etc., sino que lo interiorice.

Recordemos de nuevo el significado de la primera etapa: de aceptación/dependencia. En ella el neófito acepta las bases teóricas sin cuestionárselas, pues carece todavía de marco de referencia real, por ello, en general se encuentra predispuesto para confiar en el conocimiento que le proporcionan sus profesores. Si bien la predisposición del alumno es un factor positivo, todos los factores negativos citados anteriormente juegan en contra.

La introducción al marco teórico de enfermería es una etapa clave para que el proceso de socialización se normalice, no cree frustraciones y constituya una base sólida para el resto del aprendizaje.

Las dificultades cada año ponen en evidencia la necesidad de incorporar nuevas técnicas que apoyen y faciliten los primeros pasos.

El razonamiento lógico es el siguiente:

El alumno trae una ideas generales, que tienen que ir modificándose a partir del marco teórico. La adquisición de lenguaje especializado es un paso necesario para poder incorporar ideas a su modo de pensar. Puesto que son las ideas las que impulsan a actuar de un determinado modo, estas van a condicionar el concepto personal sobre enfermería.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

La experiencia docente consistió en incorporar una nueva estrategia a la enseñanza de los Fundamentos Teóricos que permitiese asimilar mejor los objetivos de modo que fuesen interiorizados y asumidos por los estudiantes. Después de proporcionar referencias bibliográficas de

cada tema del programa y delinear los puntos esenciales en exposiciones teóricas, se dividió el curso en grupos de diez alumnos que deberían preparar un tema de debate en el aula. La condición era que cada uno de los puntos de discusión debían estar extraídos de artículos editoriales de revistas profesionales que hiciesen referencia a algún objetivo del programa. Puesto que el objetivo último era fomentar el estudio, el debate, la contrastación con las ideas propias, la comprensión, y en definitiva la interiorización de un concepto sobre enfermería, el rol profesional, el objetivo de los cuidados, los campos de actuación profesional y el trabajo en equipo, las revistas profesionales eran indudablemente el vehículo más adecuado. La lectura de artículos diversos contribuyen a crear cultura profesional, pero en su conjunto era demasiado ambicioso pretender que los alumnos seleccionasen aquellos artículos que les aportasen ideas y puntos de debate.

Los artículos editoriales tienen ventajas indudables. Son cortos y concretos y generalmente someten a debate un tema de interés profesional general, de gran actualidad y son redactados por profesionales de primera línea. Además emplean un lenguaje especializado, pero no excesivamente complejo.

Fueron seleccionados artículos relativos a los siguientes temas: rol independiente, reconocimiento social de las enfermeras, cambio en los planes de estudios, cliente o paciente y su significado, crecimiento profesional, razones para investigar.

Los debates en el aula se realizaron en días sucesivos durante el mes de Noviembre, moderados por un miembro del propio grupo y preparados por el grupo en su conjunto.

EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN

La evaluación de esta experiencia ha permitido comprobar de una forma cualitativa, aunque no por ello poco fundamentada, las ventajas que aporta este sistema de enseñanza.

La primera ventaja obvia, es que favorece la participación activa de todos los alumnos. Indudablemente, la participación tanto en la pre-

paración del debate como en la exposición es desigual; pero esto también tiene una lectura positiva, pues permite al profesor conocer mejor a los estudiantes. Las anotaciones sistemáticas realizadas durante los debates, son un documento de gran valor para detectar extremos, tanto líderes como pasivos.

Podemos afirmar también que se mejora la comprensión y se fomenta el interés por temas profesionales actuales. Este sistema les ha conducido a reflexionar por ejemplo, y a preguntarse y preguntar al profesor cuales son las barreras principales para el desarrollo profesional, o qué diferencia existirá entre la enfermera que se formará en los módulos «profesionales» y la enfermera diplomada.

Obliga a incorporar un cierto lenguaje, al tener que expresar ideas en voz alta y ante el auditorio, con lo que contribuyen a la introducción del lenguaje profesional. Asimismo, se mejora la fluidez verbal.

Impulsa a reflexionar y a hacer comparaciones entre lo que expresa el editorial y los conocimientos que ya poseen o que están empezando a incorporar. A través de este proceso de reflexión en algunas ocasiones y yo diría que de una forma inconsciente, hacen propias las ideas evitando el aprendizaje memorístico. (Cuando se recitan frases de memoria, se pide al alumno que las explique).

En dos casos concretos, los alumnos se han permitido incluso disentir de las ideas del editorialista, lo cual, cuando es permitido y aceptado, también favorece la interiorización y la formación.

También los alumnos han hecho una evaluación de la experiencia. Se pretendía que ellos expresasen lo que les había aportado la preparación y la puesta en práctica del debate. Para ello se pasó un cuestionario en el que deberían responder a tres items: ¿considera que los artículos editoriales seleccionados para debate estaban relacionados con los objetivos de Fundamentos Teóricos?. ¿La preparación del debate en grupo le ha estimulado a participar?. ¿La metodología de debate en el aula le ha ayudado a aclarar conceptos?. Cada pregunta tenía tres opciones de respuesta: totalmente, en parte, nada.

La mayoría de los alumnos relacionan los objetivos del programa con los artículos de debate (86%).

Consideran que la preparación del debate les ha estimulado a participar totalmente un 42%, y en parte un 58%. Respecto a la tercera pregunta, todos han considerado que les ha ayudado a aclarar conceptos, 44% totalmente y el resto en parte.

Los comentarios que más destacan en la evaluación, todos ellos positivos hacen referencia a que «resulta mucho más ameno», que «te obliga a hablar en público y a esforzarte por hacerlo bien», que «se crea un clima competitivo muy interesante», que «siempre aprendes de los demás», pero sobre todo, llama la atención una valoración positiva que se repite en varios cuestionarios con diferentes palabras: «me ha ayudado a implicarme más», «a tomarme más interés por mi profesión», «a sentirme más cerca de los problemas actuales de la enfermería». En definitiva, a avanzar en el proceso de socialización profesional.

Sabemos que esta metodología no es nueva, que no somos los primeros en incorporarla, pero nuestra propia experiencia viene a confirmar la gran utilidad de métodos alternativos que mejoren la participación activa y que le impliquen en su proceso de enseñanza.

Una colega hacía una crítica recientemente a las «fundamentalistas». Decía que nuestra propia inseguridad nos hace ser demasiado rígidas, poco flexibles y tolerantes en conceptos teóricos y su aplicación. Estoy de acuerdo, y ello nos hace tener siempre «frentes de batalla» o «catequesis» según como se mire con los alumnos, con los profesores de otras asignaturas e incluso entre nosotros mismos.

Creo que deberíamos reflexionar sobre ello. Hay muchas formas de equivocarse, como hay muchas formas de acertar y no solo una.

EL PROFESOR COMO AGENTE DE INNOVACIÓN CURRICULAR: EXPECTATIVAS Y NECESIDADES

Ana Barquero González
Mª Isabel Mariscal Crespo
Mª Carmen Carrasco Acosta

Profesoras de la E.U.E. de Huelva

INTRODUCCION

Para los docentes de Enfermería, está clara la necesidad cada vez más acuciante que tenemos en materia de formación. Entendemos ésta como un proceso de desarrollo personal, de adquisición de conocimientos, capacidades y actitudes. En definitiva un proceso por el cual alguien aprende a enseñar mejor.

Es habitual en nosotros que, unas veces por las cargas de trabajo, por las limitaciones de tiempo... no nos paremos a buscar soluciones a nuestros problemas en relación a nuestra formación, preocupándonos más por el aprendizaje de nuestros alumnos y de su preparación. Pero, por otra parte, y por muy experto que se sea es evidente la necesidad de seguir formándonos para afrontar los retos diarios que nos plantea nuestra Profesión. Podemos afirmar que quien no está aprendiendo, no está enseñando.

En línea con Honoré (1980) pensamos que el concepto de formación del profesorado de Enfermería debemos asociarlo a nuestro quehacer, siempre hemos de tratar de formar para algo: **«los cuidados»**. Así, podemos entender la formación como: un proceso de desarrollo personal, como una función social ligada al saber-hacer y/o a saber-ser enfermeras/os.

Existe otra formación que es aquella que nos facilitan las Instituciones, contempladas éstas como estructuras administrativas y organizativas que desarrollan y planifican actividades, como en nuestro caso puede ser la Formación Continuada de Enfermería.

Pero, nos parece importante clarificar que la formación se puede abordar desde diferentes vertientes:

Por la intención de uno mismo a auto formarse; generalmente lo hacemos en función de nuestras necesidades, controlando nuestros objetivos, instrumentos, procesos y resultados. Esta orientación tendría como nota predominante la **Autonomía**.

Stehouse (1984) dice: «que se es adulto profesionalmente en la medida en que se es capaz de gobernar la propia trayectoria profesional y se toman las decisiones oportunas en la búsqueda de solución de los problemas». La oferta nos puede venir «desde fuera» organizada por expertos, especialistas... donde nosotros no intervenimos y aceptamos o no.

Podríamos resumir diciendo que la formación es un fenómeno complejo en el que por un lado existe la dimensión personal de uno mismo, que tiene que ver con la capacidad de formarse y con la voluntad de hacerlo. Por ello somos nosotros los responsables últimos de nuestra formación, aunque también es cierto que todos estos procesos se pueden ver favorecidos por Instituciones que ayuden a la búsqueda del perfeccionamiento a nivel personal y profesional.

Nuestro desarrollo profesional como docentes de Enfermería es un proceso que se realiza a lo largo de diversas etapas y está íntimamente ligado a nuestra evolución; supone búsqueda, investigación, planteamientos de cuestiones teórico-prácticas y todo ello encaminado a encontrar soluciones.

Desde aquí intentaremos analizar el desarrollo profesional desde distintas perspectivas.

1. DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE FORMACIÓN

Las necesidades que en materia de formación tenemos los docentes generalmente están relacionadas:

- Con nuestra formación tanto a nivel personal como profesional.
- Con el aprendizaje (teórico-práctico), motivaciones, rendimiento de nuestros alumnos

v Con el currículum nuevos planes de estudios, metodologías nuevas, evaluación...

En relación a nuestros centros de trabajos, organización, clima del centro, relación con el exterior, relación con los profesionales docentes y con los asistenciales.

Por circunstancias puntuales: momentos de cambio personal, por el cambio de ciertas materias, contenidos, por competitividad profesional, oposiciones

Es de suma importancia, la conciencia que tiene el profesional de sus lagunas o deficiencias porque si no existe una motivación para formarse, es muy difícil que se produzca el desarrollo profesional.

Para identificar todas y cada unas de estas necesidades es preciso un período de reflexión donde se articulen las estrategias adecuadas para poder realizar el diagnóstico. Hasta ahora las aplicadas más frecuentemente han sido los cuestionarios y las entrevistas a los docentes sirviendo como punto de partida para la categorización y priorización de necesidades, para llegar así a la confección del mismo.

DESARROLLO DE UN PLAN:

Detectadas las necesidades, hemos de barajar todas las alternativas posibles, para tomar la decisiones más oportunas.

La elaboración de un plan de trabajo podría pasar por las etapas siguientes:

1º **Interrogándonos sobre cuestiones como:**

- ¿Por qué lo queremos? y ¿Para qué? Respondería a la explicación y justificación del objetivo.
- ¿Qué podemos hacer para solucionar el problema?. Nos proporcionaría la situación de partida
- ¿Por dónde empezamos? ¿Qué hacemos? Respondería a las acciones a realizar.

2º La reflexión sobre el plan globalmente :

- Relación medio-fin
- Con qué recursos contamos
- Cual es nuestro compromiso personal en la ejecución del plan.

LA EVALUACIÓN:

Debemos hacerla en tres frentes: diagnóstico de necesidades elaborado, plan general y evaluación referida a la persona.

En primer lugar evaluaremos el diagnóstico de necesidades:

- Objetivos que se pretenden con el diagnóstico
- Que tipo de información se ha recabado en éste
- Qué métodos se han empleados
- Cúanto tiempo se ha utilizado
- Cómo se ha procesado los datos

En segundo lugar evaluaremos el plan a nivel general:

- Para conocer la claridad de los programas formativos
- Para mejorar dichos programas
- Para analizarlos en función del costo y de los beneficios que se obtienen

A nivel individual la valoración de la autoformación debemos hacerla en dos niveles:

- Personalmente o autoevaluación para ver si ha respondido a las expectativas y satisface a las necesidades que uno tenía.
- En función del contexto donde se desarrolla; esto supone no sólo la evaluación por parte de los compañeros sino de los propios alumnos.

2. EL DESARROLLO PROFESIONAL A TRAVÉS DE LOS CURSOS DE FORMACIÓN

Hasta ahora la formación se ha llevado a cabo en los docentes de Enfermería a través de cursos o cursillos de reciclaje pero, últimamente desde los más diversos organismos y ámbitos se nos ofertan una gran variedad de éstos, de los cuales muchas veces no sabemos:

La cualificación que tienen aquellas personas que los imparten, tanto los contenidos como las prácticas son ambiguos además en la mayoría de los casos no sabemos el impacto de estos tanto a nivel individual como en el contexto en que se desarrollan al no existir una retro-alimentación que lo haga posible. A veces la publicidad es engañosa y a la hora de entrar en baremación ante cualquier concurso público, pueden que estén reconocidos pero no homologados por la Institución pertinente, súmese a estos las elevadas cuotas que tenemos que pagar para acceder a ellos y las pocas ayudas que tenemos por parte de los Organismos Oficiales.

Pero también es verdad que frente a otras modalidades de formación son los cursos los que tienen unas características definitorias, como la presencia de un experto en algún ámbito de conocimiento que ayuda a adquirir o a aumentar tanto conocimientos como destrezas. Pueden servirnos para reflexionar sobre nuestra práctica profesional.

Podemos concluir diciendo que los cursos de formación deben ser bien seleccionados. Deben servir como punto de partida, pero se hace necesario continuar con otras modalidades de formación como es la reflexión y la investigación-acción.

3. EL DESARROLLO PROFESIONAL A TRAVÉS DE LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

Otra de las herramientas que tenemos para nuestra formación es la investigación acción a la cual Kurt Lewein definió: « como una espiral de pasos que se componen de un ciclo de planificación, acción y hallazgos acerca de los resultados de a la acción».

Desde este punto de vista se concibe al profesor como una persona que es capaz de reflexionar sobre su propia actividad docente, de identi-

ficar y diagnosticar problemas de su propia práctica y de llevar a cabo lo que Schön denomina reflexión en la acción (Shön 1987).

La investigación-acción plantea un tipo de búsqueda que nace de nuestra propia práctica diaria y tiene como objetivo el de contribuir a mejorar la profesionalidad del docente.

Alguno de los instrumentos con los que cuenta la investigación - acción para recopilar los datos son:

Los diarios de clase donde se registran observaciones, experiencias, reflexiones.

La búsqueda oral por medio de diálogos, descripciones orales, entrevistas.

Los estudios de clases que utilizan también las anteriores herramientas

Los ensayos de los profesores son reflexiones realizadas por los docentes acerca de los trabajos tanto de los alumnos, como de los profesores, como de los textos.

4. LA REFLEXIÓN COMO ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL

Ya que estamos en un foro de encuentro, no es posible omitir por lo que representa y por la importancia que tiene el **Diálogo profesional** como instrumento de reflexión.

En un momento tan peculiar para la Enfermería, en que se está viendo presionada en varios frentes es cuando se hace necesario replantear nuestro papel tanto, a nivel profesional, como en la sociedad. Es el diálogo entre los profesionales el que tiene que:

- actuar como elemento aglutinador de los intereses individuales y colectivos.
- servir para canalizar las reflexiones generadas en los grupos buscando estrategias y soluciones, además de lo altamente enriquecedor que nos puede resultar.

Hay que tener en cuenta que para que se de este diálogo, necesitamos:

En primer lugar un proyecto común, con lo cual todos estaremos implicados y seremos más fuertes ya que esto nos obligará, entre otras muchas cosas, a poner en común experiencias y conocimientos en la búsqueda de la mejora.

Los problemas que se someten a examen entre todos tienen más fácil solución, y pueden proporcionarnos temas o técnicas que satisfagan nuestras necesidades.

El conocimiento que nos da la práctica en nuestra profesión es el verdadero motor que genera desarrollo.

Su evolución, como un proceso continuo y dinámico es el que puede mejorar las posibilidades profesionales que serán las encargadas de llevar a cabo las innovaciones tanto, a nivel personal, curricular, en el contexto donde se desarrolla nuestra profesión.

Por todo esto el profesor debe considerarse como agente de cambio, ya que es sujeto activo de su propio desarrollo, a la vez que mejora su propia práctica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marcelo García, C. Formación del profesorado para el cambio educativo. Ed. P.P.U. S.A. Barcelona 1994
2. Pérez Serrano M.G. Investigación-acción. Aplicaciones al campo social y educativo. Ed. Dikinson. Madrid 1990
3. Mingorance Díaz P.. ¿Cómo pueden formarse los profesores?: modelos de formación permanente. En I: El autoperfeccionamiento de los profesores. I.C.E. Huelva. Ed Aguaded. pp. 35-54. Huelva 1992
4. Popkewitz T. Formación del profesorado: Tradición, teoría y práctica. Universitat de Valencia. Valencia 1990
5. Medina Rivilla A. La formación práctica del profesor:la investigación en el aula. Ed. Didáctica. UNED, pp. 619-690. Madrid 1990

LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA ¿HA AYUDADO A CONSTRUIR CULTURA PROFESIONAL?

Mª Luz Fernández Fernández
Enfermera . Prof. Titular de Enfermería Fundamental
Subdirectora de la E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla"

Francisco Javier del Río Saiz
Enfermero. Subdirector de Enfermería del Hospital U. Marqués de Valdecilla

Cristina Castanedo Pfeiffer
Enfermera . Prof. Titular de Enfermería Geriátrica
Directora de la E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla"

Santander

INTRODUCCION

Adquirir una formación universitaria, nos ha permitido iniciar el camino hacia la reflexión y la búsqueda de cuestionamientos en relación a nuestra competencia como profesionales de Enfermería. A partir de este momento asumimos el papel de cuidadores entendiendo el mismo, como un compromiso adquirido con los individuos y los grupos humanos que configuran la sociedad, asegurando la continuidad de la vida y la salud.

Indudablemente el acceso al marco de la universidad nos ha aportado una nueva cultura y nos ha permitido ser los responsables de la formación de nuestros nuevos profesionales, no cabe duda que esta situación ha aportado un cambio sustancial en la forma de entender y ejercer la acción profesional. Sin embargo no es menos cierto que nuestro pasado ejerce todavía una notable influencia y es difícil borrar en 13 años lo que nos ha marcado durante más de 19 siglos. No podemos omitir el hecho de que incluso los formadores enfermeros estamos marcados igualmente por ese pasado, lo que ha supuesto un importante limitación en la transmisión adecuada de los nuevos conceptos.

Conscientes de que todo cambio o evolución requiere de un tiempo para lograr el asentamiento, podemos decir que se aprecian notables modificaciones en el ejercicio diario de la práctica profesional, sobre todo en los últimos años, lo que nos indica que estamos en el camino apropiado para conseguir consolidarnos como profesionales con rol propio. Después de todo y en mi opinión, nosotros debemos ser el motor del cambio y sentar las bases del mismo, pero no nos engañemos, lo que no podemos esperar es una metamorfosis inmediata, ya que probablemente esto solo podrá verse dentro de veinte o treinta años.

El análisis de lo anteriormente expuesto nos llevo a plantearnos un trabajo con el siguiente objetivo:

OBJETIVO

Conocer en qué medida el acceso a la Universidad ha significado cambios en el ejercicio de la profesión.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio fue dirigido a 200 profesionales de Enfermería que desarrollan su trabajo en el Hospital U. «Marques de Valdecilla», en diferentes unidades de cuidados. Para la recogida de los datos fue elaborada una encuesta que constaba de 46 preguntas cada de una de las cuales tenía a su vez distintos subapartados, es importante reseñar que dada la brevedad del tiempo de exposición trataremos en esta comunicación únicamente 26 cuestiones de las 46 planteadas. Para la recogida de los datos, se tuvo en cuenta que las preguntas fueran contestadas por enfermeras/os de distintos años de experiencia y por tanto de formación. Los datos fueron tratados estadísticamente mediante el programa SPSS.

RESULTADOS

Los resultados del estudio aportaron los siguientes datos:

AÑOS DE EXPERIENCIA

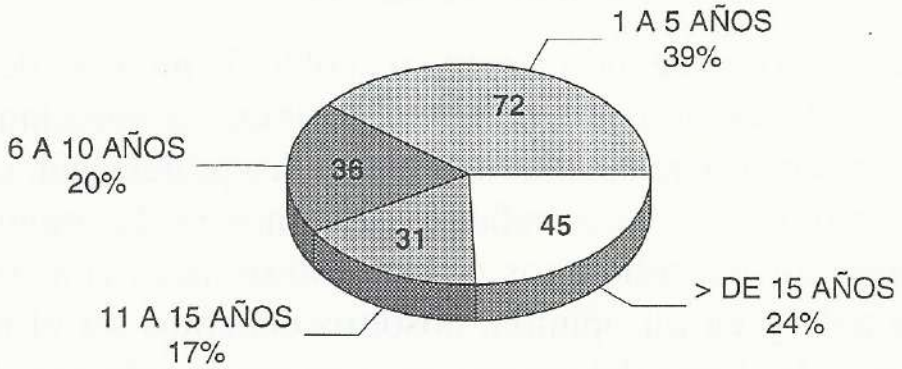


Fig. 1

La encuesta, fue cumplimentada por un total de 184 personas (Fig.1), de las cuales el 39% (72) tenían entre 1 y 5 años de experiencia profesional, el 20% (36) entre 6 y 10 años, el 17% (31) entre 11 y 15 años y finalmente los que llevaban más de 15 años trabajando, que representa el segundo porcentaje 24% (45).

A la pregunta de cuales fueron las mayores dificultades con las que se encontró al iniciar la experiencia profesional (Fig. 2), puede comprobarse que la dificultad para **tomar decisiones profesionales** ha sido la más nombrada por un total de 144 personas, lo que representa el 78,3% de los encuestados.

DIFICULTADES AL COMENZAR LA VIDA PROFESIONAL

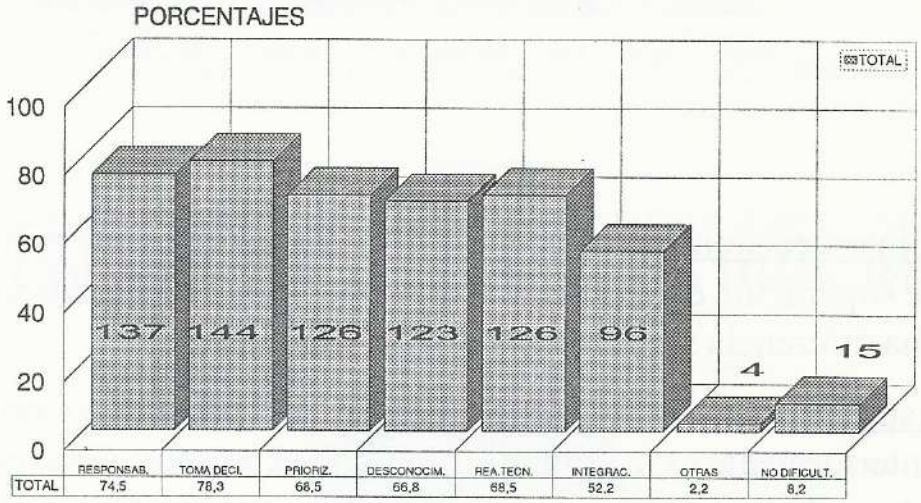


Fig. 2

La siguiente considerada fue la de **asumir la responsabilidad del cuidado del paciente** con número de 137 respuestas el 74,5%, le sigue la **priorización de actividades** y **saber realizar adecuadamente las técnicas**, con un 68,5% (126); **desconocer teóricamente las enfermedades** fue manifestado por un 66,8%, finalmente la dificultad menos considerada fue el **integrase en el equipo,** aunque la reseñaron más de la mitad de los encuestados el 52,2%. En el apartado **otros** donde se relacionan problemas burocráticos, la contestan solo 4 personas. Manifiestan **no haber tenido dificultades** solamente 15 personas el 8,2%.

Seguidamente analizaremos cada una de las dificultades nominadas en primer lugar así como el tiempo que han tardado en superarlas (Fig.3).

DIFICULTADES CON LAS QUE SE ENCONTRARON

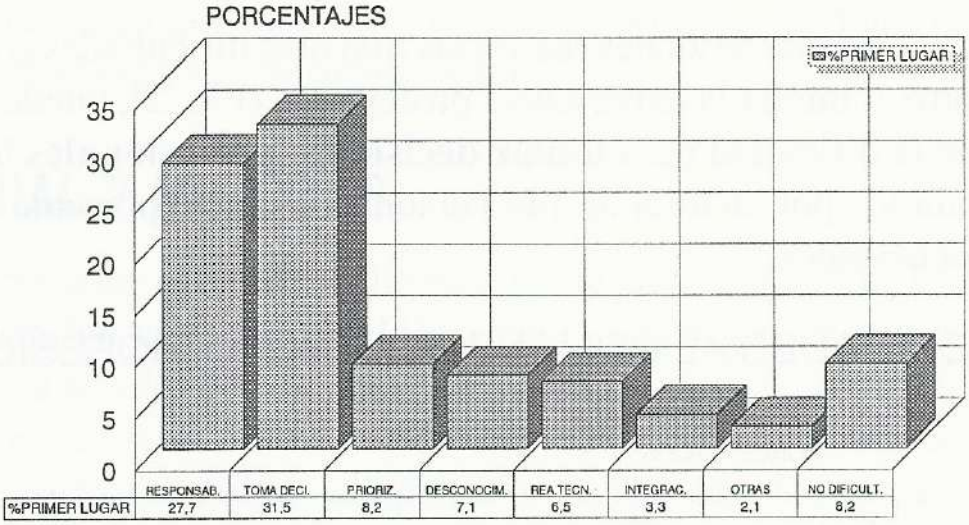


Gráfico 3

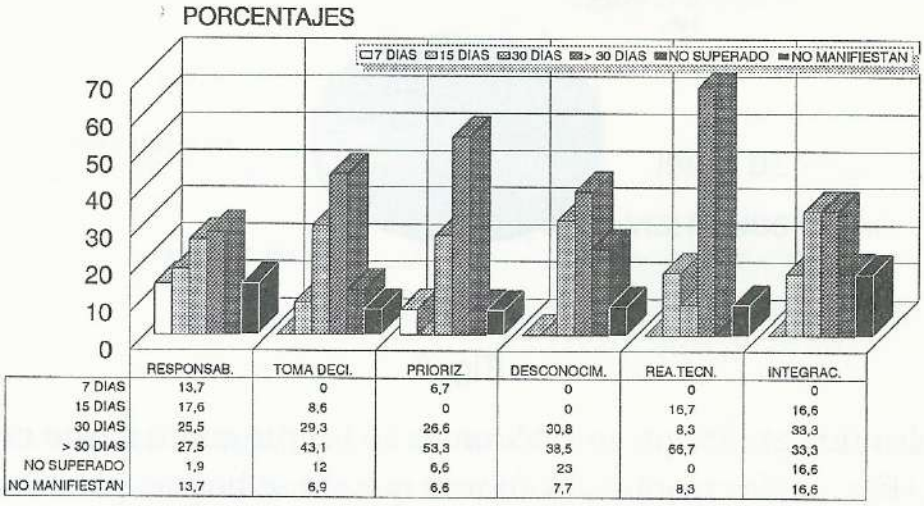
Tomar decisiones profesionales.- La exponen como primera dificultad de superación el 31,5%. Esta dificultad junto con la anterior, mantienen una diferencia significativa con las siguientes.

Asumir la responsabilidad del cuidado del paciente.- Como expresamos anteriormente es la segunda dificultad expresada como problemática a la hora de iniciar la experiencia profesional. El 27,7% (51) de los 137 que la han valorado la coloca en primer lugar.

El tiempo de superación de las distintas dificultades expresadas (Fig.4), fue de un mes y más de un mes, destacando especialmente las técnicas aunque esta dificultad se supera, en contraposición al resto siendo preocupante que aún hay personas que no han superado dificultades, como el desconocimiento de las enfermedades.

Otra de las cuestiones se refería a **con quien les era más fácil planificar el trabajo,** (Fig. 5) está claro que es con los más jóvenes, así lo manifestaron 117 encuestados, aunque lo más importante es que cada grupo se solidariza con el suyo propio en rango de años trabajando.

DIFICULTADES CON LAS QUE SE ENCONTRARON TIEMPO QUE TARDARON EN SUPERARLO



	RESPONSAB.	TOMA DECI.	PRIORIZ.	DESCONOCIM.	REA.TECN.	INTEGRAC.
7 DIAS	13,7	0	6,7	0	0	0
15 DIAS	17,6	8,6	0	0	16,7	16,6
30 DIAS	25,5	29,3	26,6	30,8	8,3	33,3
> 30 DIAS	27,5	43,1	53,3	38,5	66,7	33,3
NO SUPERADO	1,9	12	6,6	23	0	16,6
NO MANIFIESTAN	13,7	6,9	6,6	7,7	8,3	16,6

Fig. 4

ES MÁS FACIL PLANIFICAR Y DESARROLLAR ACTIVIDADES CON LOS QUE LLEVAN TRABAJANDO

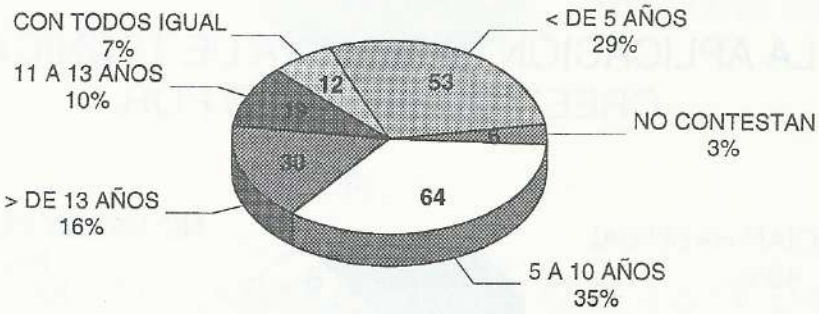


Fig. 5

Al preguntarles que **tipo de atención sanitaria creían haber realizado mejor en el tiempo que llevaban trabajando,.** (Fig. 6), expusieron que la planificación de cuidados en un 59% y exclusivamente técnicas el 39%. Con respecto a lo primero lo realizaban mejor los que tenían entre 6 y 10 años de experiencia las técnicas los de 1 a 5 años.

TIPO DE ATENCIÓN SANITARIA QUE CREEN HABER REALIZADO MEJOR

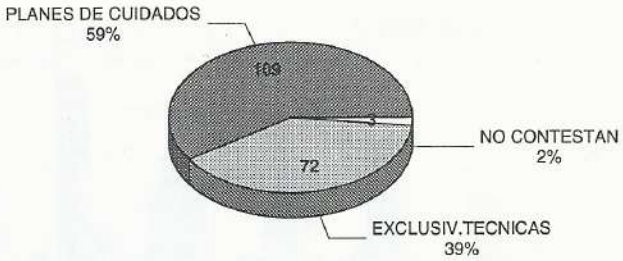


Fig. 6

A los que aplicaron solo técnicas se les preguntó **a que creían era debido**, (Fig. 7), las respuestas fueron que no se hacían planes de cuidados en la unidad, siendo este el porcentaje más elevado con 48%, le sigue la consideración de que no había tiempo para realizarlos con el 41%, seis personas reconocen no saber planificar el 8% y finalmente dos el 3% no creen necesario planificar. Curiosamente las dos personas que no creen necesario la planificación pertenecen al grupo de los más jóvenes, y dicen no saber planificar los de > de 15 años de experiencia, pero llama la atención que una persona entre los de 1 a 5 años dice no saber planificar.

LA APLICACIÓN EXCLUSIVA DE TÉCNICAS CREEN QUE HA SIDO POR:

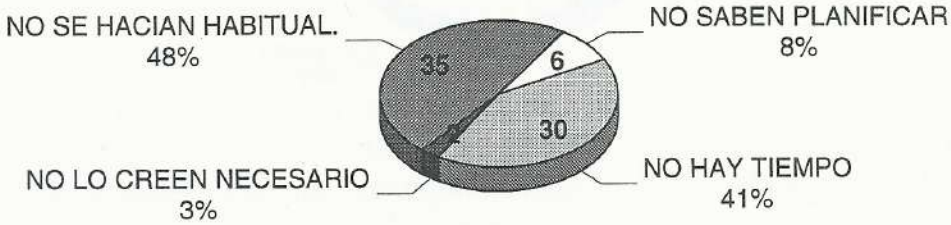


Fig. 7

En lo que concierne así **tiene más claro o menos el marco conceptual de Enfermería,** (Fig. 8), la mitad de los encuestados dicen tenerlo más claro y un 21% igual de claro, preocupa los que cada vez lo tienen menos claro con un total de 28 el 15,%.

EL MARCO DE ENFERMERÍA LO TIENEN

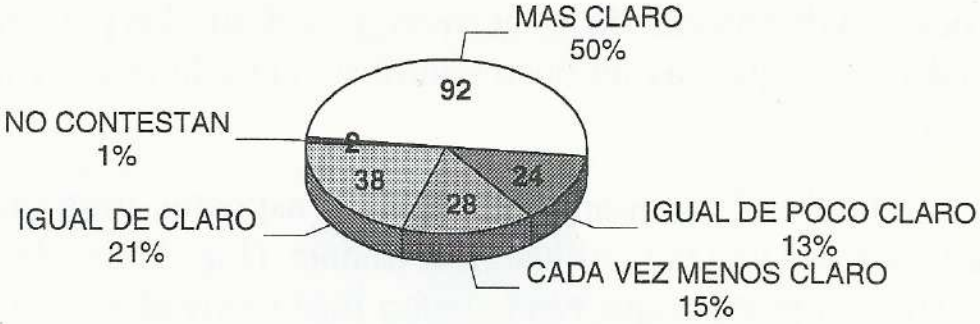


Fig. 8

En base a las consideraciones anteriores, opinan que **el marco teórico estudiado se ajusta adecuadamente el desarrollo profesional** el 29%; (Fig. 9), **poco** el 57% y **nada** el 10%.

CONSIDERAN EL MARCO TEÓRICO ESTUDIADO

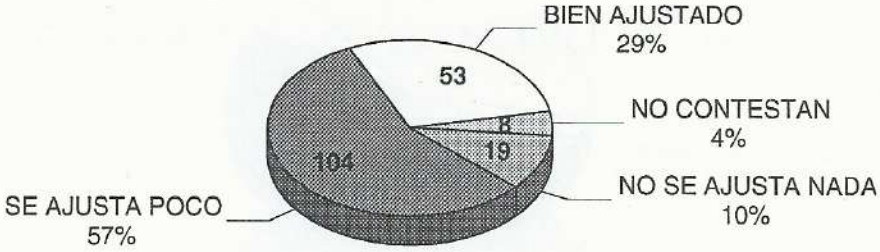


Fig. 9

CAUSAS POR LAS QUE CREEN QUE ES DEBIDO

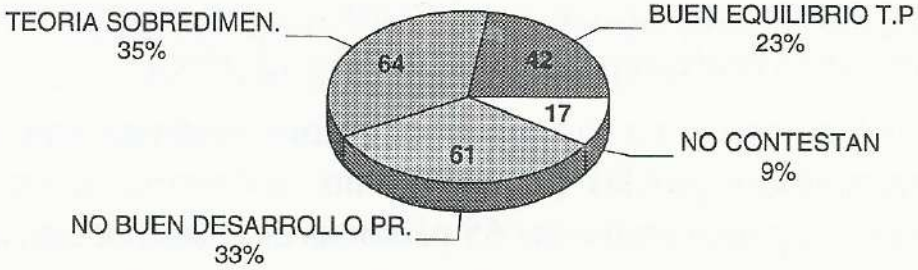


Fig. 10

Entre las causas, (Fig. 10); expresan que la teoría está sobredimensionada el 35% y que no se está desarrollando adecuadamente la práctica de enfermería lo dicen un 33%. Entre los puntos positivos un 23% opinan que hay un buen equilibrio entre la teoría y la realidad práctica.

Era también importante conocer los **aspectos motivadores** que habían aportado una mayor ilusión al trabajo, (Fig. 11), el 38% es decir 69 personas, opinaron que el elemento más motivador es el reconocimiento del usuario, seguido de la madurez que van adquiriendo el 32%; la participación en los planes de trabajo lo dice el 12%; el dinero un 11%; la falta de reconocimiento de los profesionales el 5% y tan solo 5 personas, el 3% no tiene motivaciones.

ASPECTOS MOTIVADORES

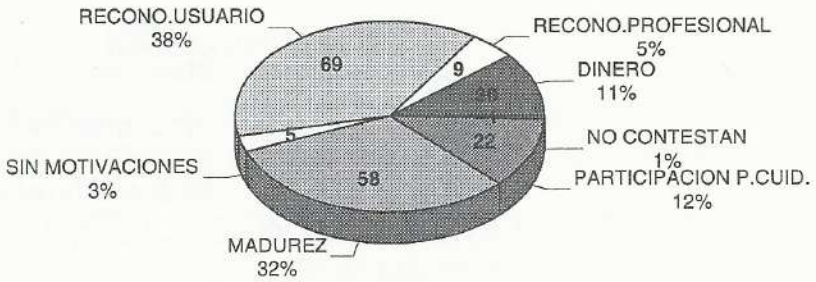


Gráfico 11

El porcentaje más alto que considera el dinero como aspecto muy motivador son los que llevan menos años trabajando, los que reconocen a los usuarios como elemento motivador, son aquellos que tienen más experiencia, los que especifican que la participación en los planes de trabajo y la madurez profesional son los de 10 a 15 años.

En lo que respecta a los **aspectos menos motivadores** (Fig. 12) me ha sorprendido que las respuestas no se corresponden con los motivadores, así pues vemos que 65 personas el 35% especifican que la falta de reconocimiento de los profesionales como lo más desmotivador, le sigue la ausencia de planes de trabajo y la rutina con un 28%; después

el dinero el 15%; la falta de reconocimiento de los usuarios con un 13% y la exclusión en la participación de planes de trabajo el 3%.

DESMOTIVACIÓN

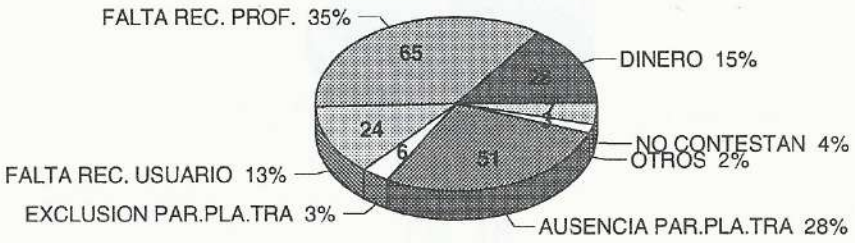


Fig. 12

La siguiente cuestión pretendía conocer **cuantos estaban subscritos a revistas de enfermería,** (Fig. 13), el 49% manifestó estar subscrito a alguna, y el resto a ninguna.

SUSCRIPCIÓN A REVISTAS DE ENFERMERÍA

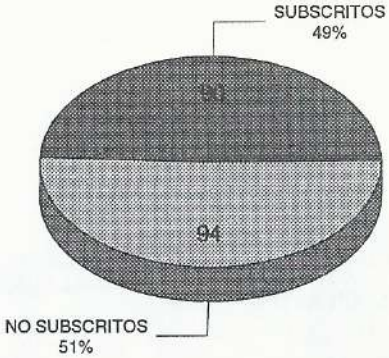


Fig. 13

Otras de las preguntas fue **cuanto tiempo dedicaban a la lectura bibliográfica sobre temas profesionales,** (Fig. 14), el 51% dedica 1 hora a la semana y el 36% de 2 a 5 horas; más de 5 horas el 3% y ninguna el 2%. Los que llevan trabajando entre 6 y 10 años son el grupo mayoritario en el primer aspecto indicado y lo que llevan entre 1 y 5 años están en el segundo, lo que nos permite afirmar que los que más leen son los jóvenes.

TIEMPO DE DIDICACIÓN MEDIO A LA SEMANA PARA CONSULTAR BIBLIOGRAFÍA

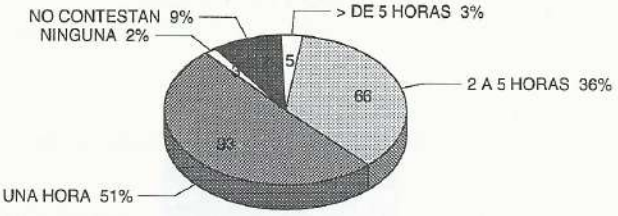


Fig. 14

Referente a **la compra de libros desde la finalización de sus estudios,** (Fig. 15), el 39% ha comprado entre 1 y 5 libros; el 26% entre 5 y 10; el 15% de 10 a 15 libros; el 11% más de 15 libros y el 3% más de 30 libros, destacamos como nota negativa que 13 personas el 7% no ha comprado ningún libro.

COMPRAN BIBLIOGRAFÍA DE ENFERMERÍA

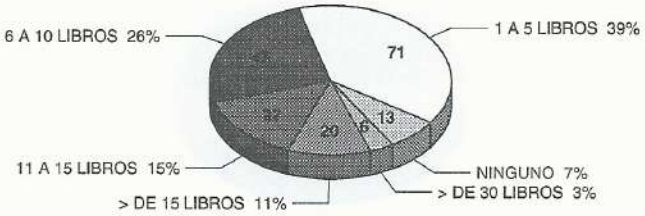


Fig. 15

Solamente, (Fig. 16), 10 personas el 5% expresan que no es imprescindible consultar bibliografía para desarrollar el perfil profesional, el 39% opina que es importante pero no imprescindible y el 55% manifestó que es imprescindible. Los más jóvenes en años de experiencia lo consideran imprescindible y los veteranos lo ven importante pero no imprescindible.

CONSIDERAN IMPORTANTE CONSULTAR BIBLIOGRAFÍA

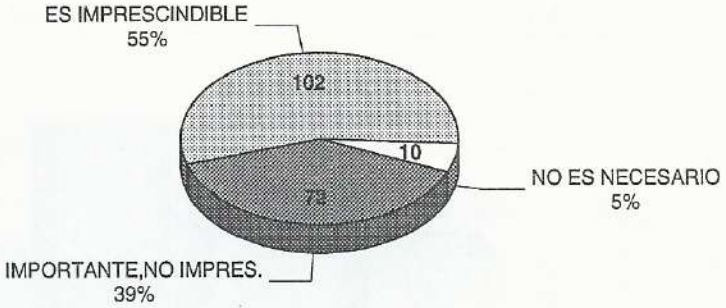


Fig. 16

Se diseño una pregunta que pretendía conocer **las actividades formativas** que habían desarrollado. (Fig. 17), en lo que se refiere a **Cursos**, la media ha sido de 4 por persona encuestada, siendo los de 5 a 10 años los que más han hecho, un total de 6,8 cursos por persona.

MEDIA DE CURSOS

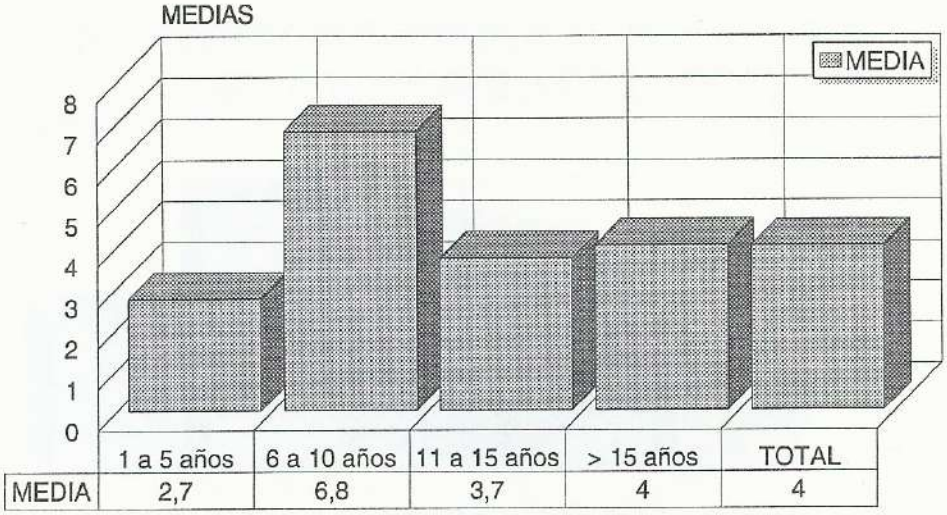


Fig. 17

La media de asistencia a **Seminarios,** (Fig. 18), fue de 1,43, siendo los de > 15 años que realizaron más seminarios un 2,48.

MEDIA DE SEMINARIOS

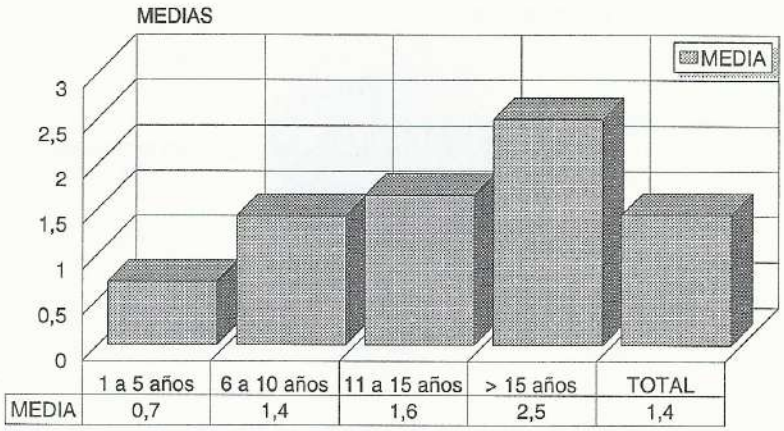


Fig. 18

La asistencia a **Congresos**, (Fig. 19), es 0,9% de media y solamente los que llevan más de 15 años trabajando es de 1,62 congresos por persona.

MEDIA DE CONGRESOS

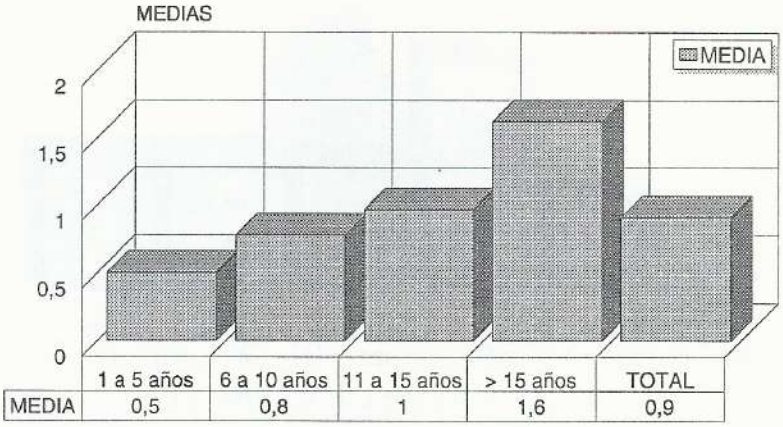


Fig. 19

La **Presentación de Trabajos**, (Fig. 20), se aprecia que el mayor número corresponde a las Ponencias con 26, seguido de las comunicaciones con 25, la media más alta por persona correspondió a las primeras.

REALIZACIÓN DE TRABAJOS

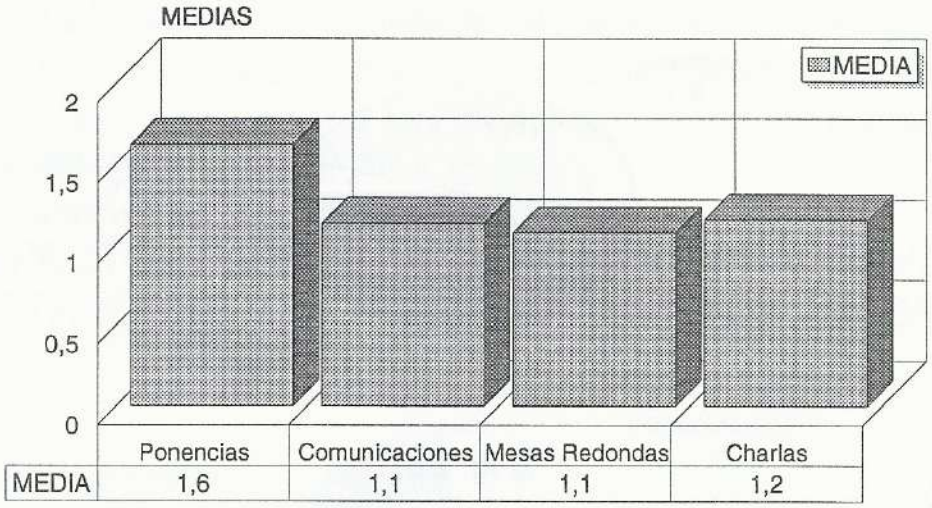


Fig. 20

Era importante también saber en que medida la **formación teórica recibida les había ayudado al comienzo de la vida profesional,** (Fig. 21). Un total de 119 profesionales el 65% dijeron que había sido buena, el 32% que regular y solamente el 1% dijo que mala.

FORMACIÓN TEÓRICA AL COMIENZO DE LA VIDA PROFESIONAL

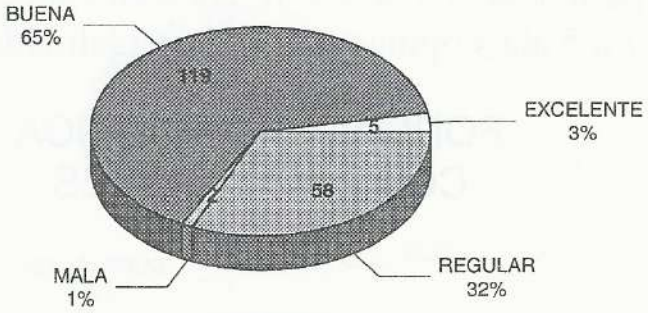


Fig. 21

Con la formación recibida dicen que se pueden adaptar al trabajo, (Fig. 22), normalmente el 57%; lentamente el 38% y rápidamente el 5%. Los más satisfechos con la formación recibida son los más expertos y los más críticos los que llevan menos años de trabajo.

ADAPTACIÓN AL TRABAJO
SEGÚN FORMACIÓN TEÓRICA

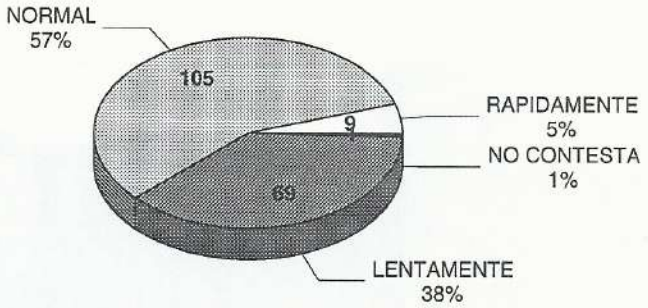


Fig. 22

En el apartado que se refiere a la **formación práctica**, (Fig. 23), el 60% dicen que ha sido insuficiente, el 25% suficiente, el 10% buena y destacamos el 5% que opina que muy mala. Consideran que **para que la formación práctica se adapte mejor al trabajo profesional,** (Fig. 24), debe profundizarse en aspectos básicos de enfermería así lo dice el 39%; en especialidades el 26%; en técnicas el 18% y creen que no se necesita nada más que experiencia el 16%. Las respuestas de los diferentes grupos son similares a este respecto, únicamente destacar que los más contentos son los que llevan trabajando entre 6 y 10 años. En cuanto a los aspectos en que debe profundizarse los de > de 15 años dicen que en técnicas y experiencia, los de 6 a 10 años en conceptos básicos y finalmente los de 1 a 5 años opinan que en especialidades.

FORMACIÓN PRÁCTICA
CONSIDERACIONES

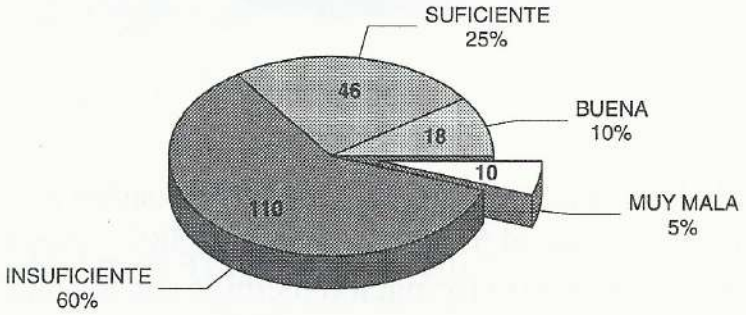


Fig. 23

Al preguntarles **si creían necesario trabajar con protocolos en las unidades,** (Fig. 25), esta claro que son necesarios según expresa el 55% ya que además ayudan mucho al nuevo personal; que son necesarios y suelen ayudar dicen el 38%, solamente un 3% dicen que son necesarios pero que ayudan poco y 1 persona expresa que no son necesario encontrándose en el grupo de 10 a 15 años.

ASPECTOS PARA PROFUNDIZAR EN PRÁCTICAS AJUSTÁNDOSE MEJOR A LOS PUESTO DE TRABAJO

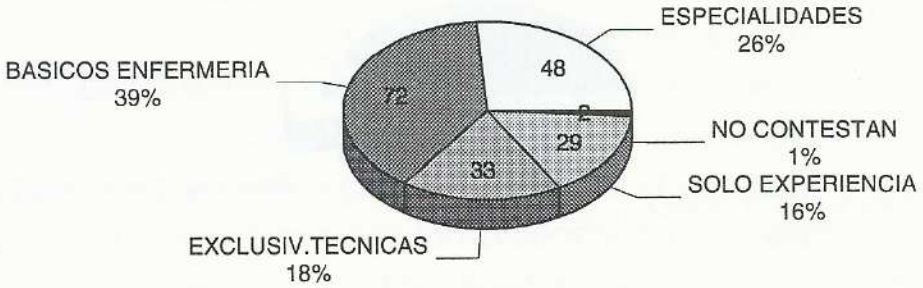


Fig. 24

NECESIDAD DE TRABAJAR CON PROTOCOLOS

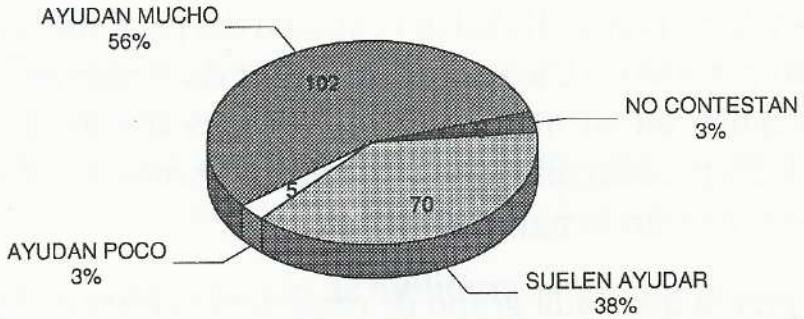


Fig. 25

Por último quise saber su opinión en cuanto así **con la preparación actual de los nuevos profesionales cuanto tiempo debería pasar para dejarles solos en un turno asumiendo toda la responsabilidad de los cuidados,**

(Fig. 26), el 13% opina que con una o dos semanas es suficiente; el 29% de dos semanas a un mes; el 33% que de mes a mes y medio; el 13% de mes y medio a dos meses y también el 13% dice que más de dos meses. Estos resultados coinciden con la superación de las dificultades estudiadas.

RESPONSABILIDAD DE QUEDARSE SOLOS EN EL TURNO DE TRABAJO

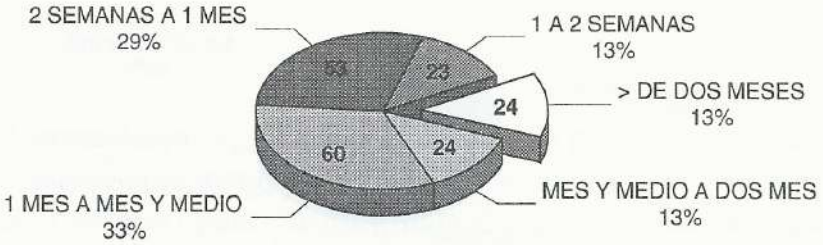


Fig. 26

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos de este estudio reflejan que la toma de decisiones y la responsabilidad del cuidado del paciente son las dificultades que más preocupan a los encuestados y más tardan en superar, ya que no lo consiguen en su mayoría hasta un mes o más después de estar trabajando: Es preocupante que aún halla personas trabajando en nuestras unidades que no lo hallan superado.

Se aprecia que cada grupo de experiencia trata de apoyarse en los suyos, sintiéndose más a gusto para realizar el trabajo con los de su quinta o promoción.

Aunque más de la mitad de los encuestados afirman llevar a cabo planes de cuidados, es necesario seguir trabajando en esta línea, mejorando la formación desde la escuela y reforzándola mediante la formación continuada, ya que tanto los que tienen más experiencia como los

que no, dicen tener problemas de formación y no en todas las unidades se planifican los cuidados, aduciendo falta de tiempo por problemas organizativos que habrá que estudiar.

Aunque la mitad de los encuestados refiere tener más claro el marco conceptual de enfermería, expresan que el marco teórico se ajusta poco por estar sobredimensionado, que la práctica esta poco desarrollada y que hemos de buscar un mayor equilibrio.

Es importante observar que el elemento motivador mayoritario es el reconocimiento de los usuarios, ya que es esto lo que debemos buscar esencialmente con nuestro trabajo enfermero. Es lógico que los más motivados por el dinero sean los que llevan menos tiempo trabajando, ya que son los primeros emolumentos que les sirven para programar los primeros objetivos, como casarse, comprar casa, coche etc. Me ha sorprendido que estos elementos motivadores no se correspondan con los desmotivadores, aunque su razón tendrá y no he sido capaz de descifrar, tal vez sea que el pensamiento en positivo difiere del pensamiento en negativo y se ve que lo más negativo para los que inician su experiencia laboral, es la desconsideración de sus compañeros profesionales; así mismo la rutina, la falta de organización definida como la ausencia de planes de trabajo, es el siguiente elemento desmotivador considerado; queda por analizar la aparición en ciertas áreas de elementos desmotivadores.

Casi la mitad se ha subscrito a revistas pero considero que el tiempo medio dedicado a la lectura es bajo, para unos profesionales que nos vemos enrolados, en un medio social y humano que cambia constantemente, sin olvidar los avances en el campo de la tecnología.

En cuanto a la adquisición de bibliografía de enfermería, considero que es pobre por las mismas circunstancias anteriores.

Pocas son las actividades a las que acuden los profesionales, hay que potenciarlo aún más desde las direcciones de enfermería, aunque se han realizado grandes esfuerzos, se ve que aún no han sido suficientes, si tenemos en cuenta que la generación de los 5 a 10 años han tenido que realizar muchos cursos para competir por un puesto de trabajo, lo cual devalúa la formación para el conocimiento, aunque la mayoría dice que

tenían relación con el trabajo que desarrollan, aún hay que intentar aproximarlo más y por supuesto es necesario que cada profesional se comprometa a enfocar sus objetivos de aprendizaje, al desarrollo necesario del perfil enfermero.

Si queremos avanzar profesionalmente desde las escuelas y centros asistenciales, debemos realizar un mayor esfuerzo en la investigación que aún es pobre y tan solo acabamos de empezar.

La formación teórica se considera buena y más adecuada en conceptos enfermeros pero aún queda un 31,5% que la ve regular y un 30% que no tiene los conceptos claros, por lo que deben realizarse más esfuerzos para mejorarla y adecuarla a la enfermería, es importante además que sirva para ayudar a los nuevos profesionales para adaptarse al campo laboral. Hay que tener en cuenta que son los más jóvenes quienes la valoran de forma más crítica y los veteranos son más conformistas, ya que lógicamente comparan con la suya que fue más deficiente.

La formación práctica es la más deficiente según las críticas, es aquí donde debemos volcar nuestros esfuerzos, sin susceptibilidades, sin rivalidades, a la búsqueda de lo mejor para la profesión, ¿seremos capaces por fin de sentarnos para analizar, discutir y proponer medidas de mejora, sintiéndonos todos cómplices de conseguir un consenso, del que estoy segura que todos saldremos beneficiados? o ¿seguiremos mirándonos al ombligo, de que los que más sabemos somos los asistenciales o los docentes? ¿no seremos todos enfermeros?, ¿será un problema ser enfermero para ponerse de acuerdo?, por favor seamos serios de una vez por todas.

Está demostrado que trabajar con protocolos es beneficioso, para que el trabajo tenga mayor calidad y orientación, esta es la línea en la que se deben reconducir todos los puestos de trabajo.

Aunque las organizaciones de trabajo actuales, con el sistema de vacaciones ofrecen pocas opciones, dejar solo a un profesional antes de un mes es un riesgo.

CONCLUSIÓN

Para concluir podría decirse que la formación universitaria ha ayudado a construir cultura profesional, quedan aún asperezas por limar, pero puede conseguirse mejorar la eficacia de la formación y la integración en el mundo profesional, si todos estamos preparados, empleando esfuerzos y mostrando intención de conseguirlo. No cabe duda que ningún trabajo será valido ni llegará a buen puerto, sino estamos dispuestos a emplear buena voluntad, las buenas palabras son papel mojado, se necesitan hechos y ganas de hacer cosas, disposición de cambio y esfuerzo compartido en la acción.

Pasaron aquellos tiempos en que otros eran los culpables de nuestra falta de ejercer acciones propias, ciertas cosas suenan ya a historias trasnochadas, reconozcamos nuestra falta de respeto unos por otros, seamos sinceros y dejémonos de lamentaciones, los cuidados enfermeros tendrán auténtico valor, solidez e impacto, cuando dejemos de pensar tanto en nosotros mismos y lo hagamos en los que reciben la acción directa de nuestro servicio, **LOS CIUDADANOS**.

Quiero finalizar dejándoles a Vds. este mensaje, el cual creo que define claramente el punto álgido que no nos permite avanzar, según una frase de Pogo, transcrita en la Revista Capital Humano, HE VISTO AL ENEMIGO Y SOMOS NOSOTROS.

BIBLIOGRAFIA

1. ARROYO, P.: «De la Asistencia Sanitaria a los Cuidados de Salud. Una propuesta Profesional». Decimoterceras Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D.. Las Enfermeras del Tercer Milenio. Sevilla, 1.992. Pág. 131-139.

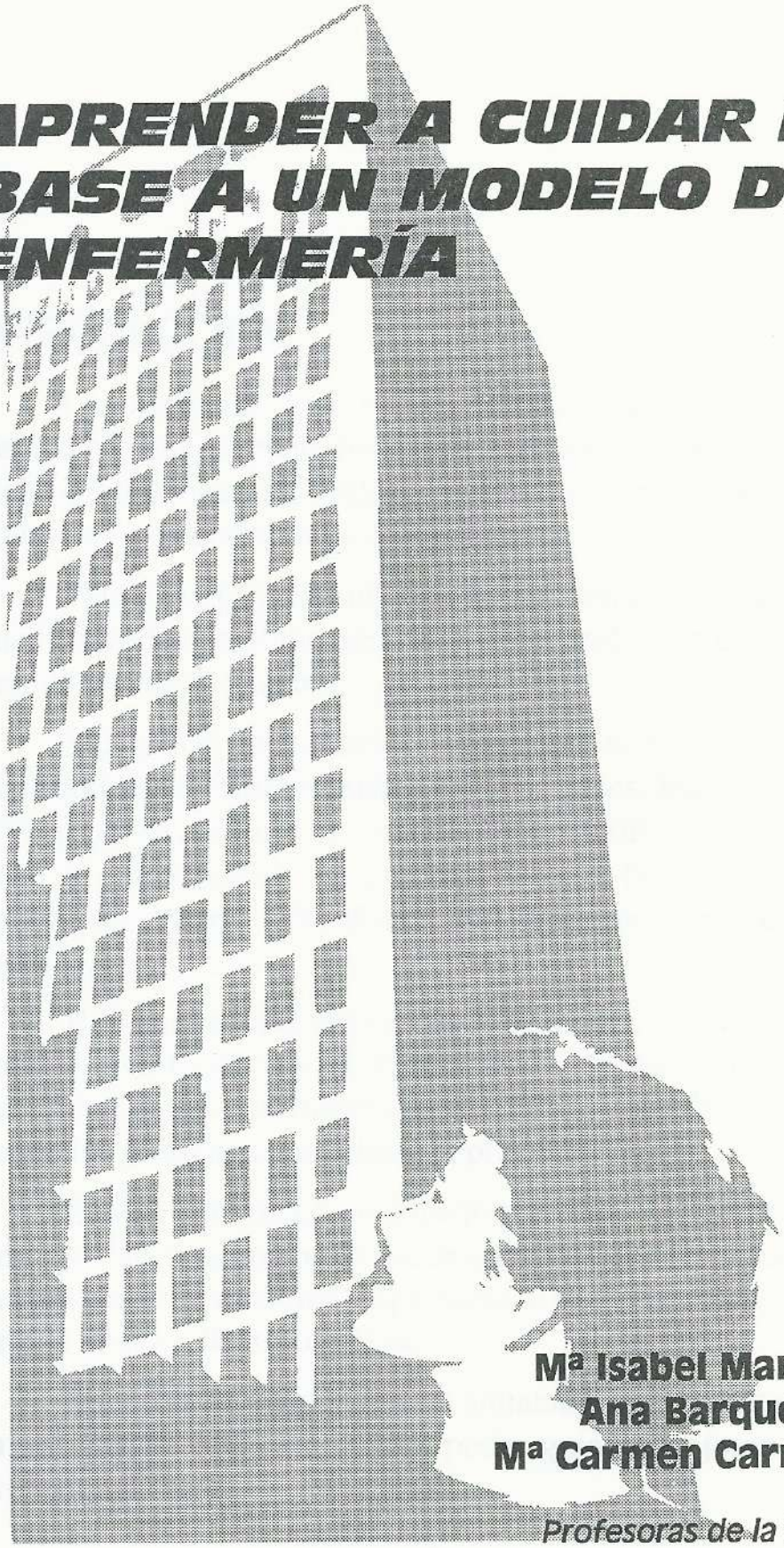
2. CUBEIRO, J.C.; MARTIN, G.: «¿Y Si el Enemigo Fuéramos Nosotros?». Capital Humano. Madrid, junio 1994. Nº 68. Pág. 64-65.

3. FERNANDEZ, M.L.; CASTANEDO, C.; DEL RIO, F.: «La Primera Experiencia de la Profesión Enfermera. Labor de Todos».. Duodécimas Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D.. Enfermería Realidad en Crisis. Toledo, 1991. Pág. 469-482.

4. HARTO, A.: «Evolución de los Cuidados Enfermeros Asistenciales». Decimoterceras Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D.. Las Enfermeras del Tercer Milenio. Sevilla, 1.992. Pág. 101-107.

5. UBEDA, I. Y COLBS.: «Opinión de las Enfermeras sobre las Experiencias Clínicas Docentes». Enfermería Clínica. Barcelona, Enero-Febrero 1.993. Volumen III. Nº 1. Pág. 11-15.

APRENDER A CUIDAR EN BASE A UN MODELO DE ENFERMERÍA



Mª Isabel Mariscal Crespo
Ana Barquero González
Mª Carmen Carrasco Acosta

Profesoras de la E.U.E. de Huelva

INTRODUCCIÓN

La enseñanza de la Enfermería ha estado basada durante mucho tiempo en hechos empíricos, con una proyección técnica e instrumental. Hemos desarrollado infinitas actividades y tareas que han llegado a ser altamente especializadas y competentes.

Pero no se ha desarrollado aún suficientemente el conocimiento, lo cual limita las posibilidades para la organización científica del propio trabajo y la investigación.

Más allá de la controversia existente en torno a la utilización o no de **«Modelos de Enfermería»**, existe la necesidad cada vez más clara de contar con un soporte de conocimientos teóricos que sirvan de base y nexo de unión entre lo que creemos debe ser la profesión enfermera y su aplicación, contextualizados en un entorno profesional y socio-cultural propios.

Hay que reconocer la escasez de incursiones en el punto de unión entre la investigación y los Modelos de Enfermería, pero es indudable la necesidad de los enfermeros de valorar las contribuciones relativas que hacen los diferentes modelos a la práctica.

En éste sentido como colectivo profesional hemos ido fluctuando desde el cuestionamiento o validez de estos planteamientos, pasando por la aplicación de modelos y aproximaciones eclécticas, hasta llegar a los tímidos inicios de **innovación**.

Mientras se mantenga ésta situación será urgente la necesidad de **investigar** en éste campo para poder guiar y mejorar nuestra práctica profesional.

Creo que en estos momentos debemos tener una actitud abierta, que considere como válidos los intentos o abordajes de los distintos modelos existentes. Contribuyendo a su desarrollo, cambio o aparición de otros nuevos.

Con ésta comunicación pretendemos compartir la experiencia que desde hace varios años desarrollamos en la Escuela de Enfermería de Huelva en la que se realiza una aproximación a la aplicación de un modelo, integrándolo en la realidad formativa teórico-práctica, de alumnos de primer curso.

LA ELECCIÓN DE UN MODELO DE CUIDADOS PARA LA ENSEÑANZA

Sería deseable que la enseñanza de la Enfermería se simplificará al apoyarse en una teoría básicamente consensuada que guiara el proceso de aprendizaje, pero esto aún no existe.

Generalmente el currículum, los programas emergen en torno a un marco conceptual de referencia, con el que la mayoría nos sentimos identificados. Intentando que éste sea amplio, flexible y contextualizado en el marco sociosanitario actual.

Incluyendo la conceptualización de Enfermería existente. El valor de la teoría para la fundamentación de la profesión y de los modelos para unir ésta con la práctica, así como los ejemplos más significativos y las distintas posturas o alternativas que deben existir frente a ellos.

Y si añadimos una metodología enfocada a potenciar las actitudes críticas y creativas, la respuesta puede ser como en este caso, grupos de alumnos interesados en seguir indagando sobre los modelos y su aplicación práctica.

Para dar respuesta a la curiosidad e interés de éstos alumnos y al nuestro propio, pensamos poner en marcha un proyecto que tuviese como objetivo:

«Iniciar a los alumnos de primer curso en el aprendizaje de los Cuidados de Enfermería en base a un modelo».

Para ello, analizamos los factores que podrían condicionar éste tipo de decisión:

- Las diferencias individuales en el aprendizaje, las variaciones en los estilos cognitivos.
- Las expectativas y motivaciones. No todos los alumnos se muestran interesados en éstos temas.
- El nivel de aprendizaje en el que el grupo se encuentra. El de un alumno que se inicia en la teoría de Enfermería, es muy básico y se prevé por tanto un seguimiento muy cercano de su aprendizaje.
- La relevancia del modelo a elegir y la complejidad del mismo.
- Las estrategias metodológicas que pudieran ser efectivas para llevar el proyecto a la práctica, coherentes con las ideas y la realidad dónde iban a llevarse a cabo.

¿POR QUÉ EL MODELO DE AUTOCUIDADOS DE D. OREM?

Creemos que existen unos condicionantes generales para trabajar con un modelo en la práctica.

Expondremos los que tuve en cuenta para elegir el **Modelo de autocuidados de D. Orem.**

Preferencias, interés de las personas que iban a seguirlo.

Una de las cuestiones clave que debe considerarse para trabajar con un determinado modelo es hasta que punto coincide con las ideas propias.

En los trabajos realizados en clase, en cursos sucesivos, los alumnos habían mostrado su preferencia por éste modelo sobre otros, lo cual considero fundamental, ya que al optar por un modelo determinado hay que tener al menos:

- Una panorámica básica del conjunto, es decir conocer los más significativos.
- El modelo elegido tiene que tener valor para los que van a usarlo, para cubrir sus expectativas.

Formación previa

Conocimientos previos sobre el modelo, en éste caso los alumnos habían hecho un trabajo monográfico sobre el modelo.

Las fuentes de información disponibles sobre el modelo.

- Experiencias que sugieren su aplicabilidad.
- Documentación existente.

El consenso implícito sobre el valor del modelo.

- Es uno de los modelos más populares a nivel internacional.
- La opinión generalizada sobre la importancia de los **autocuidados** para la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

Opinión de la autora sobre la utilización del modelo.

- La oferta de la autora para que se utilice su modelo para mejorar los cuidados, sin asegurar que sea la respuesta a sus preguntas, ni una panacea para la práctica nos brinda la máxima flexibilidad.

Condición muy deseable cuando se inician este tipo de actividades.

Un modelo no puede aplicarse de forma rígida ni ponerse en práctica sin cuestionarlo.

EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN BASE A UN MODELO

CONTENIDOS DEL PROGRAMA

En primer lugar abordamos la fundamentación teórica del modelo contemplando los siguientes puntos:

- Partir de un estudio previo utilizando bibliografía y documentos de apoyo seleccionados en función del nivel de los alumnos.
- Debía ser clara equilibrando la suficiente fundamentación con una complejidad y nivel asequibles, pero sin sacrificar la estructura y filosofía en función de la utilidad.
- Establecer el acuerdo sobre los elementos fundamentales, que deben ser entendidos de la misma forma por todos, hacer una interpretación informada del modelo.

Definiciones operativas que se correspondan con los conceptos, interpretados en una realidad concreta, evitando los sesgos en el lenguaje.

- Teorías que sustentan el modelo.
- Autocuidados, conceptos y requisitos...
- Déficit de autocuidados.
- Sistemas de enfermería

En segundo lugar su coherencia con el marco teórico de referencia.

En este caso como centro docente donde el alumno transita en su aprendizaje, con un currículum de fondo, donde existen distintas áreas de conocimiento programaciones y profesorado.

En tercer lugar la concordancia entre el modelo y las relaciones que dirigen las acciones enfermeras, para contribuir a los objetivos de salud, en el campo donde se iba a aplicar:

- Enfermería y sistemas de trabajo.
- Relaciones en el equipo de enfermería y posición en el equipo multidisciplinar.
- Cuidados individuales, colectivos y niveles de los mismos.
- Relaciones enfermera-paciente a nivel individual y grupal.

Y por último la adecuación/convergencia, las relaciones de los elementos básicos del modelo con el mapa conceptual previo de los alumnos.

- Autocuidados y cuidados de Enfermería.
- Necesidades humanas, variaciones en el ciclo vital, situación en el proceso salud-enfermedad y requisitos de autocuidados.
- Interacción medioambiental y factores condicionantes...

Para ello diseñe un documento de apoyo, abordando éstas relaciones y una guía para la realización del Proceso de Enfermería en base al modelo. Con la intención de rentabilizar la coincidencias y evitar las contradicciones.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada fue el Seminario, creemos que es la más adecuada a éste tipo de experiencias puesto que:

- Estimula a los que participan a la indagación y la búsqueda bibliográfica, potenciando el interés científico y creativo.
- Es una metodología dinámica y participativa.
- Implica la creación de un grupo de trabajo que se estimula y apoya mutuamente.

ORGANIZACIÓN

- Este programa se ha aplicado a nivel experimental, dentro del bloque práctico que se desarrolla en un Hospital General con alumnos de primer curso.
- Agrupando a los alumnos que van a seguirlo en las mismas unidades, para que se muevan en un entorno similar, facilitar la comunicación y el intercambio de ideas así como la coordinación.
- La participación de los alumnos fue a nivel voluntario, creo que éste tipo de experiencias necesita grandes dosis de motivación y no deben ser impuestas.
- Crear el espacio y tiempos disponibles y hacer que el grupo cuente con los recursos necesarios como requisitos para el logro de los objetivos.

EVALUACIÓN

La evaluación la realizamos a distintos niveles.

- Al término del programa los alumnos elaboran un trabajo individual y por escrito sobre los cuidados prestados a un paciente, en el que se incluye una autoevaluación de lo que ha significado la experiencia para él, ventajas e inconvenientes y conclusiones a las que ha llegado.
- Se realizó así mismo una evaluación en grupo.

En base a éstas dos actividades y el análisis de los trabajos se evaluó la experiencia y replanteó el proceso de aprendizaje.

Hemos desarrollado ésta experiencia durante cuatro cursos académicos.

El número de alumnos que ha seguido el programa ha aumentado de un 10% en el primer año al 32% en el curso 93/94.

CONCLUSIONES

En términos generales encuentro la experiencia altamente positiva, en este sentido puede decirse que:

- El producto final, los cuidados enfermeros, planificados, aplicados y evaluados por los alumnos en base a éste modelo supera en la mayoría de los casos los objetivos básicos planteados para alumnos de primer curso.
- En las evaluaciones individuales y de grupo realizadas por los alumnos, consideran que la experiencia ha sido positiva, gratificante y enriquecedora y aunque supuso un esfuerzo opinan que mereció la pena realizarlo, destacando algunos aspectos como:
- La facilidad para la valoración global de los pacientes identificando sus capacidades y limitaciones para los cuidados y la ayuda que esto significa para definir el Diagnóstico de Enfermería.

- Cómo facilita la estructuración de los cuidados, para su planificación, aplicación y evaluación.
- La forma en que centra los objetivos en la autosuficiencia del paciente.
- La capacidad del modelo para potenciar la necesaria relación, enfermera/paciente.
- La dificultad que significa enfrentarse en un principio con el planteamiento teórico del modelo, pero expresan que éstas dificultades desaparecen una vez que comienzan a utilizarlo.
- El contraste que significa trabajar con un modelo en la realidad actual de la Enfermería.
- Señalan su estímulo para el desarrollo de la competencia teórica, más allá del aspecto técnico, haciéndolos reflexionar y ampliar sus conocimientos.
- Más allá de que se compartan totalmente las ideas de la autora del modelo y se decida seguirlo, enseña una forma de pensar, de actuar. Contemplando la Enfermería de forma que nos enriquece profesionalmente.

Proporciona un marco unívoco desde donde contemplar a las personas que se cuidan facilitando la atención individualizada.

- La construcción conceptual y la investigación estás estrechamente unidas.

Iniciarse en la aplicación de modelos es una oportunidad para identificar problemas de investigación.

- Consideramos importantes las aportaciones que éste tipo de prácticas puede hacer a la Enfermería y que incorporándolas a las ideas que un grupo comparte y encontrando los puntos de concordancia puede hacer, que **un modelo que surja, crezca y se desarrolle en una espiral de actividad.**

Y para terminar, expresar nuestra opinión en cuanto a la necesidad de potenciar una **actitud sinérgica**, entre las enfermeras asistenciales, docentes y de la administración.

Abriendo líneas de investigación conjuntas, que nos permitan la evolución y el crecimiento con el aporte de todos los campos.

Estableciendo una permeabilidad constante entre el entorno educativo y la práctica profesional, de cara a clarificar y revalorizar el papel y la imagen de la Enfermería actual y la futura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Normas prácticas de enfermería. Dorothea E. Orem. Ed. Pirámide. Madrid. 1993
2. Modelos conceptuales de enfermería. J. Riehl-Sisca. Ed Doyma. Barcelona. 1992
3. Cuidados de enfermería. Rossette Poleti. Ed Rol. Barcelona. 1990
4. Modelos y teorías de enfermería. An Maarriner. Ed. Rol. Barcelona. 1989
5. Modelos de enfermería. Kershaw B. y Salvage J. Ed Doyma. Barcelona. 1988
6. Libertad y creatividad en la educación. Carl Rogerds. Ed Trillas

ADAPTACION DEL CURRICULUM DE ENFERMERIA AL PLA DE SALUT DE CATALUNYA: LA EXPERIENCIA DE LA E.U.I. DE MANRESA

Assumpta Bohigas Santasusagna
Marta Vilanova Vilà

E.U.I. de Manresa

INTRODUCCIÓN

En la E.U.I. de Manresa existen cuatro grandes líneas de trabajo que configuran la formación específica que se oferta al alumno, y que son las siguientes:

1. Capacitar al alumno para dar atenciones de enfermería en base a la concepción de cuidados de Virginia Henderson.
2. La utilización de metodología científica propia para planificar las atenciones de enfermería
3. Capacitar al alumno para utilizar la terminología diagnóstica de la N.A.N.D.A.
4. Orientar el currículum a la atención comunitaria

Esta comunicación presenta la concreción de esta última línea de trabajo, que en Catalunya queda reflejada en el Document Marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya y en el propio Pla de Salut 1993-95.

En estos dos documentos, se refleja la política sanitaria del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Esta política emana de las directrices de la Organización Mundial de la Salud concretadas en los «38 objetivos de Salud para todos en el año 2000».

También la OMS aprobó los principios generales que tienen que presidir las políticas sanitarias: garantizar la igualdad ante la salud, priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la atención primaria .

A partir de estas directrices, el Pla de Salut de Catalunya 1993-95 hace un análisis exhaustivo a partir de los datos objetivos que se tienen

en cuanto a morbilidad y mortalidad y a partir de este análisis escoge 13 problemas de salud prioritarios que quiere abordar para mejorar la expectativa de vida con buena salud.

También expone 18 programas prioritarios de intervención dirigidos a eliminar o paliar los principales factores de riesgo priorizados y para afrontar problemas de salud específicos.

A partir de aquí, se elaboran unos objetivos de salud para intervenir en los problemas mencionados anteriormente, de forma cuantificable, y a conseguir de forma gradual, enfatizando la evaluación de estos objetivos.

FINALIDAD

La finalidad que nos planteábamos desde el Area de conocimientos de enfermería comunitaria , junto con la dirección, era de orientar el currículum a la atención comunitaria , y de la forma más coherente y amplia posible.

Al empezar vimos que esta orientación estaba plenamente reflejada en el Pla de Salut y iniciamos un trabajo que queríamos que fuera lo más participativo posible y que afectara al máximo de asignaturas. De esta forma, impregnábamos todo el currículum con la orientación a la comunidad y no sólo las asignaturas de Enfermería comunitaria.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general que nos planteamos fue la adaptación de el currículum de enfermería al Pla de Salut de Catalunya.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos que nos planteamos fueron los siguientes:

- Revisar el contenido de las diferentes asignaturas que configuran la diplomatura de enfermería para adaptarlas al Pla de Salut.

- *Identificar las asignaturas susceptibles de modificación al* orientar el currículum al Pla de Salut
- Orientar los temas o asignaturas a los problemas de salud prioritarios
- Adecuar los objetivos de las asignaturas implicadas
- Modificar los programas

MATERIAL

Para conseguir estos objetivos elaboramos un documento que sirviese de guía de análisis y discusión. Tiene varios apartados:

1. **Justificación** del trabajo, con el fin de centrar el marco donde queríamos desarrollar los objetivos y para motivar a todos los profesores a tomar parte en el proceso de discusión.

2. **Introducción,** en la cual explicábamos la existencia del Pla de Salut a partir de la definición de salud de la OMS, la estrategia de atención primaria, la concreción de los 38 objetivos de Salud para todos en el año 2000.

3. Los **objetivos** que nos planteábamos con el trabajo, tanto generales como específicos.

4. La **estrategia interna** de participación y discusión por parte de todos los profesores, según los distintos niveles de responsabilidad y el calendario de trabajo que nos planteábamos.

5. El **análisis de los contenidos** de todas las asignaturas del currículum, organizadas por áreas de conocimientos: enfermería comunitaria, fundamentos de enfermería y enfermería médico-quirúrgica. Se analizaban los siguientes puntos:

- La determinación de las asignaturas que podrían quedar modificadas al orientar el currículum a la comunidad. Aquí la propuesta fue totalmente ambiciosa, ya que partíamos de la premisa de que la orientación comunitaria no se consigue sólo con las asignaturas de Enfermería comunitaria sino con el máximo de asignaturas.

- La descripción de los objetivos de cada asignatura y el desarrollo del programa, con más o menos profundidad dependiendo de la asignatura y de su posible orientación comunitaria
- Las propuestas de modificación por cada una de las asignaturas que formulábamos las personas que elaboramos el documento, y que eran el objetivo del documento para consensuar.

Al final de cada área de conocimientos, hay un cuadro resumen de las propuestas de modificación que eran de dos tipos:

- temas a incorporar en las asignaturas
- nueva orientación de algunos temas o algunas asignaturas

Anexo-1:

Un resumen de la finalidad global de todas las asignaturas del plan de estudios.

Anexo-2:

Un resumen de las Directrices para la elaboración del Pla de Salut de Catalunya

MÉTODO

El método utilizado para concretar los objetivos ha constado de diversas fases:

1ª Elaboración del documento de propuesta. Este documento tenía que ser lo suficiente manejable y ágil para que pudiera ser el instrumento de trabajo para todos los profesores . Junio 1994.

2ª Información y sensibilización de todos los profesores de la escuela, con el fin de implicarlos de verdad en todo el proceso.

En esta fase se han hecho diversas actividades:

- Reuniones de discusión con los responsables de las áreas de conocimiento, con los profesores de dedicación plena en la escuela y con todos los profesores colaboradores.
- Sesión de trabajo con el Dr. Albert Oriol i Bosch, director de l'Institut d'Estudis de la Salut, y con un técnico del Servei Català de la Salut, con todos los profesores de la Escuela. Junio-Noviembre 1994

3ª Discusión de las propuestas concretas de modificación de programa. En este aspecto, ya se han incorporado algunas sugerencias realizadas por los responsables de las áreas de conocimiento. Enero-Febrero 1995.

4ª Se modificarán los programas de las asignaturas para el curso académico 1995-96. Marzo-Abril 1995.

RESULTADOS

El resultado de este proceso será la modificación real de los programas de las asignaturas para el próximo curso académico, a la vez que habrá sido un proceso de reflexión y análisis de la importancia del Pla de Salut de Catalunya como instrumento de planificación sanitaria, y como instrumento de reflexión que propicie un cambio cultural en los nuevos profesionales de la salud.

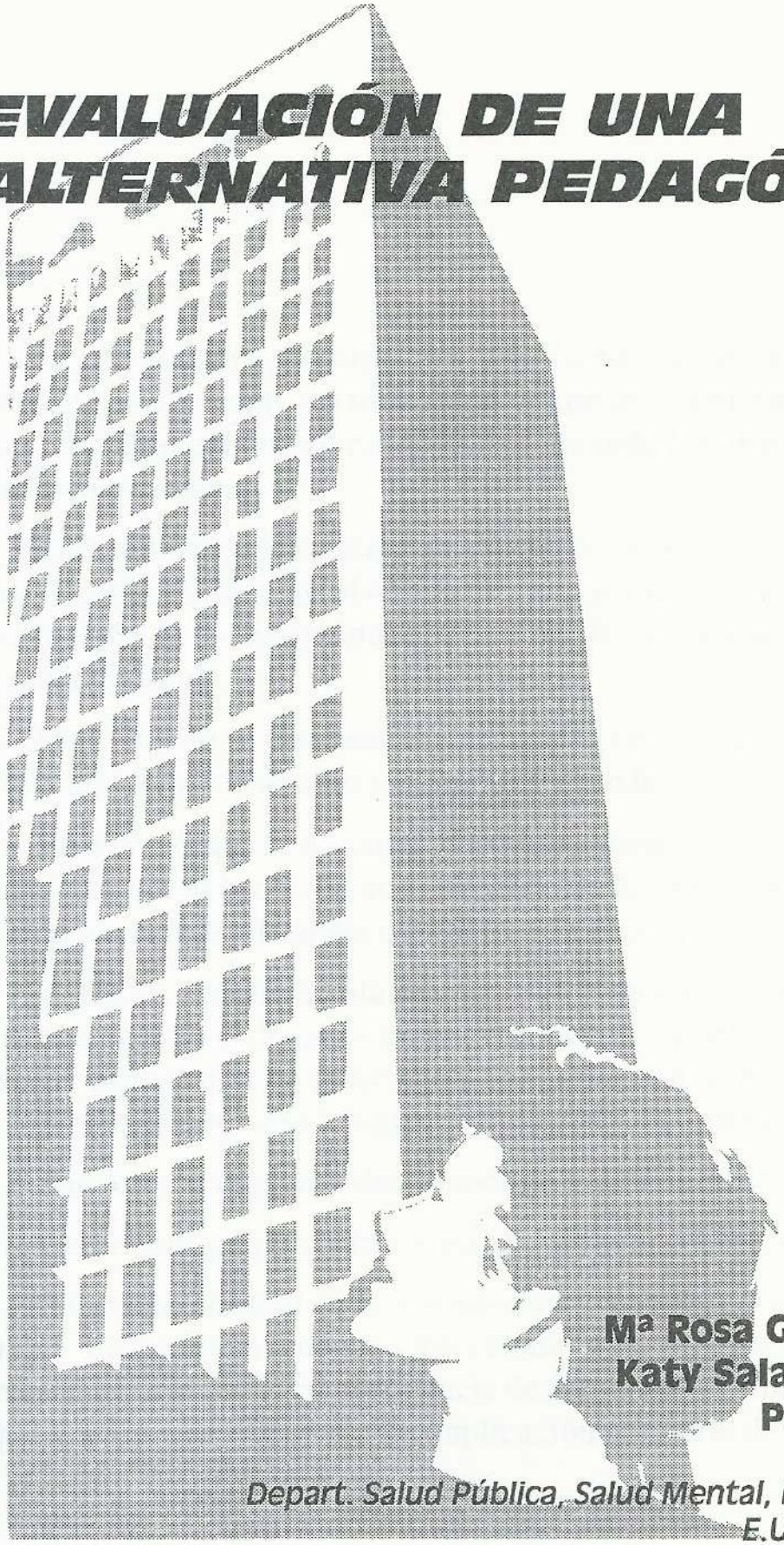
DISCUSION

Todavía no podemos presentar los resultados definitivos, ya que el proceso todavía no ha terminado. Ahora bien, lo que sí podemos asegurar es que todo este trabajo sirve para dar coherencia a una de las líneas de trabajo de la escuela. También nos ha ayudado a evidenciar que el siguiente paso es el de evaluar la orientación comunitaria del currículum en base a los resultados obtenidos en los alumnos.

BIBLIOGRAFIA

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona, 1993.
2. Via J.M., Salleras Ll. (coordinadores). Document marc per a l´elaboració del Pla de Salut de Catalunya. Barcelona, Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya,1991.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial (Llibre blanc). Barcelona, 1993.
4. Plan de Estudios de Diplomado en Enfermería. BOE núm 81. Madrid, 5 de abril de 1993.

EVALUACIÓN DE UNA ALTERNATIVA PEDAGÓGICA



Mª Rosa Girbau García
Katy Salas Miravitlles
Pilar Isla Pera

Depart. Salud Pública, Salud Mental, Materno-Infantil
E.U.E. de Barcelona

En una primera aproximación y de forma muy genérica, podemos decir que la evaluación «**es una etapa del proceso educativo que tiene como finalidad comprobar si se han alcanzado los objetivos pedagógicos propuestos**».

La finalidad de la evaluación educativa es la de orientar y ayudar a tomar decisiones relativas al objeto de valoración, pudiendo ir dirigido a la evaluación de los programas educativos, de los recursos, de los métodos didácticos, etc....

De todo ello se desprende la necesidad de evaluar el sistema educativo universitario en todos sus ámbitos y modalidades.

En el caso que nos ocupa, nos planteamos que una metodología pedagógica por el hecho de que se realice de forma habitual no asegura que ésta sea la más adecuada para el logro de los objetivos establecidos.

Así pues, a partir de esta premisa reflexionamos sobre la necesidad de comparar el nivel de conocimientos adquiridos por los alumnos de 1er. curso de Enfermería en Educación Sanitaria, con la impartición de la docencia desde dos metodologías pedagógicas claramente diferenciadas.

Para ello se eligieron dos grupos de alumnos de 1er. curso:

Uno como grupo control y otro como grupo experimental.

Al grupo control se le impartieron los contenidos del programa con una metodología didáctica direccional y expositiva, y **al grupo experimental** se le impartió la docencia de forma activa y participativa, en la que se exigía mayor grado de implicación por parte de los alumnos.

OBJETIVO

El objetivo que nos planteamos era doble.

En primer lugar, **«Evaluar el nivel de conocimientos adquiridos en Educación Sanitaria de los alumnos de 1er. curso de Enfermería, a partir de la utilización de dos metodologías pedagógicas distintas»**

En segundo lugar, **«Valorar si existían diferencias significativas entre ambos grupos, a partir del examen de preguntas de elección múltiple y preguntas de respuestas cortas o razonadas»**

MATERIAL Y METODOS

Para la evaluación de los conocimientos adquiridos en ambos grupos, se realizó el mismo examen que constaba de dos partes:

La primera parte consistía en preguntas de elección múltiple al objeto de efectuar un amplio muestreo del programa de estudio, a la vez que emplear con eficacia el tiempo limitado del periodo de examen. Este tipo de examen se califican de forma mecánica con rapidez y su aplicación a grandes grupos resulta rentable y objetiva.

La segunda parte del examen se realizó con preguntas de respuesta corta o razonada, con el objetivo de ver la capacidad del alumno para organizar las ideas, planificar la respuesta y exponerla de forma sintética. Para su corrección se necesita más tiempo que en el examen tipo test y en las respuestas «casi correctas» el juicio emitido es más subjetivo.

El grupo control estaba formado por 84 alumnos matriculados en la E.U.E. de Barcelona, de los cuales 67 se presentaron al examen.

El grupo experimental lo formaban 85 alumnos matriculados, de los que se presentaron al examen 80 alumnos.

RESULTADOS

A partir del test «t» de Student Fisher de comparación de medias para datos independientes, puede observarse los siguientes resultados:

OBJETIVO

El objetivo que nos planteamos era doble.

En primer lugar, **«Evaluar el nivel de conocimientos adquiridos en Educación Sanitaria de los alumnos de 1er. curso de Enfermería, a partir de la utilización de dos metodologías pedagógicas distintas»**

En segundo lugar, **«Valorar si existían diferencias significativas entre ambos grupos, a partir del examen de preguntas de elección múltiple y preguntas de respuestas cortas o razonadas»**

MATERIAL Y METODOS

Para la evaluación de los conocimientos adquiridos en ambos grupos, se realizó el mismo examen que constaba de dos partes:

La primera parte consistía en preguntas de elección múltiple al objeto de efectuar un amplio muestreo del programa de estudio, a la vez que emplear con eficacia el tiempo limitado del periodo de examen. Este tipo de examen se califican de forma mecánica con rapidez y su aplicación a grandes grupos resulta rentable y objetiva.

La segunda parte del examen se realizó con preguntas de respuesta corta o razonada, con el objetivo de ver la capacidad del alumno para organizar las ideas, planificar la respuesta y exponerla de forma sintética. Para su corrección se necesita más tiempo que en el examen tipo test y en las respuestas «casi correctas» el juicio emitido es más subjetivo.

El grupo control estaba formado por 84 alumnos matriculados en la E.U.E. de Barcelona, de los cuales 67 se presentaron al examen.

El grupo experimental lo formaban 85 alumnos matriculados, de los que se presentaron al examen 80 alumnos.

RESULTADOS

A partir del test «t» de Student Fisher de comparación de medias para datos independientes, puede observarse los siguientes resultados:

El número de individuos evaluados es de 80 para el grupo experimental y 67 para el grupo control.

La **Media** obtenida **es de 7,66** para el grupo experimental y **6,85** para el grupo control.

La **Desviación Tipo es de 1,04 y 1,06** respectivamente.

La Diferencia entre **Medias es de 0,8097 sobre 10** a favor del grupo experimental.

Con un riesgo ALFA del **5%** se rechaza la Ho y por tanto concluye **que el grupo experimental tiene una puntuación global promedio estadísticamente superior al grupo control.**

Con respecto a los resultados obtenidos en la evaluación del examen tipo test y el examen de respuesta corta, puede observarse que existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el test y en la preguntas cortas, obteniendo en el **Test una Media de 8,85 para el grupo experimental y una Media de 8,20 para el grupo control**; y en las **Preguntas cortas** los resultados obtenidos son: **Media 4,88 para el grupo experimental y una Media de 3,70 para el grupo control.**

El análisis estadístico nos ha llevado a reflexionar acerca del escaso poder discriminatorio del examen en las preguntas de respuesta múltiple, ya que la media de las puntuaciones obtenidas se sitúan en los extremos superiores.

CONCLUSIONES

Como decíamos al inicio de nuestra exposición, una de las finalidades de la evaluación es la de orientar y ayudar a mejorar el sistema educativo universitario, para lograr el objetivo principal de aumentar el nivel de conocimientos y capacidad de razonamiento adquiridos por los alumnos en su etapa formativa.

Al evaluar el aprendizaje detectamos los cambios producidos en los alumnos como consecuencia del proceso de enseñanza-aprendizaje, y estos cambios se producen a partir de las actividades que se llevan a cabo en el proceso instructivo.

Los resultados obtenidos nos confirman la importancia que tiene en el nivel de aprendizaje la metodología pedagógica utilizada o las estrategias didácticas, existiendo un mejor nivel de conocimiento en aquellos alumnos que han participado de una metodología más socrática, en la que el profesor facilita que sea el propio alumno el que pueda extraer de la experiencia y la reflexión la materia de aprendizaje.

Con esta reflexión no pretendemos que la estrategia pedagógica que hemos planteado sea aplicada sin más en la impartición de los contenidos de todas las asignaturas, sino que nuestro objetivo es que sugiera alternativas para que cada profesor elabore sus propias estrategias, según las necesidades de la asignatura y los contenidos de la misma, de forma que estas estrategias permitan que los resultados obtenidos en el proceso formativo sean lo más satisfactorios posible tanto para el profesor como para el alumno.

BIBLIOGRAFIA

1. COLL, C. «Psicología y currículum». Edit. Paidos, 2ª reimp. Barcelona, 1992
2. COX,K.; EWAN,C. «La Docència en Medicina». Doyma. Barcelona, 1990.
3. ESPIN LOPEZ, J.V.; RODRIGUEZ LAJO,M. «L´avaluació dels aprenentatges a la universitat». Publicaciones Universitat de Barcelona. Barcelona, 1993.
4. GUILBERT, J.J. «Guía Pedagógica para el personal de salud» 5ª ed. Barcelona, 1989
5. LLACUNA, J.: RAFEL, A.; VILA, C. «Introducción a la pedagogía per a professionals de la salut» P.P.U. Barcelona, 1989.

LA ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA: SU IMPARTICIÓN EN LA UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS CON EL NUEVO PLAN DE ESTUDIOS

Epifanía Medina Artiles
Miguel Rodríguez Rodríguez
Gloria Acosta Suárez

Departamento de Enfermería
Universidad de las Palmas

La enseñanza de la Enfermería en España, cuya primera escuela, según Domínguez Alcón fue la de Santa Isabel de Hungría, creada en 1896, se desarrolla alrededor del concepto de «enfermedad», manteniendo por tanto un carácter eminentemente técnico y un enfoque biomédico.

Éste es un planteamiento que se mantiene prácticamente hasta la promulgación del Real Decreto 2128/77, y en algunos casos, tal y como citan algunos autores, incluso después.

Durante todo este período el contenido fundamental de los programas formativos corresponderían con lo que hoy denominamos Enfermería Médico-Quirúrgica.

En 1857 se publica una ley que reglamenta los conocimientos y habilidades que deben exigirse a los aspirantes al título de Practicantes.

Los contenidos impartidos en sus estudios, salvo la Anatomía, eran prácticamente de Enfermería Médico-Quirúrgica.

En 1915 se aprobó el programa para la enseñanza de la profesión enfermera. El 70% de los 70 temas que lo conformaban estaban directamente relacionados con la medicina y la cirugía.

En ambos casos el aspecto práctico ocupaba el 80% de las horas totales, de lo que se desprende la importancia que se le daba a esta parcela. El aprendizaje de las técnicas se realizaba con poca o ninguna formación teórica, y se basaba en la repetición.

Durante todo este período la responsabilidad de la formación de practicantes y enfermeras recaía sobre los médicos, lo que explica que hasta bien entrada la segunda mitad de este siglo la literatura existente esta escrita por estos profesionales.

Un hecho importante y que va a tener gran repercusión en los aconteceres siguientes fue la publicación del Decreto de 27 de Junio de 1952 por el que se unifican los planes de estudios existentes hasta aquel momento y que otorga el título de Ayudante Técnico Sanitario.

Si bien esto supuso un importante avance, no significó mejoras sustanciosas en el desarrollo y crecimiento de la formación enfermera ya que la titularidad de la misma siguió recayendo en la profesión médica.

La materia que nos ocupa, denominada entonces Patología Médica y Patología Quirúrgica constituía aproximadamente el 25% del contenido total del Plan de Estudios. Y, como su propio nombre indica la orientación continuó centrada en la enfermedad y su tratamiento.

El 31 de Octubre de 1977, el Real Decreto 2128 dicta las Directrices Generales para la elaboración de los Planes de Estudio de la Diplomatura de Enfermería, aparece ahora la denominación de Enfermería Médico-Quirúrgica, a la que correspondía un total de 990 horas, lo que suponía un 21,5% del total del Plan.

Durante el período que abarca desde la puesta en marcha de éste ultimo Plan de estudios se han registrado importantes esfuerzos para conseguir la definición del objetivo de la formación y, por tanto, la clarificación del contenido del papel enfermero.

La mejor prueba de que estos esfuerzos han sido fructíferos es que estamos hoy aquí hablando sobre **Las nuevas estrategias para la formación enfermera**.

La Enfermería Médico-Quirúrgica ha sido, en nuestra opinión, el resultado de convicciones arraigadas desde hace mucho tiempo, por lo que ha permanecido en muchos casos enmascarando lo que en el fondo era: Patología médica y patología Quirúrgica con un añadido al que se ha llamado Cuidados de Enfermería.

Tras la promulgación de la Ley de Reforma Universitaria se producen varios Reales Decretos tras los que obtenemos nuevas directrices para la elaboración de Planes de estudio, que han de ser además cumplidoras de las Directrices que establece la Comunidad Económica Europea.

La elaboración de estos planes de estudio nos parece el momento ideal para quienes, no habiéndolo hecho antes, pretendan cambiar el enfoque de la formación enfermera.

En el último período descrito ha llegado abundante literatura procedente, fundamentalmente, de América que hace referencia, entre otros temas, a los Modelos Conceptuales.

Son muchos los autores que apoyan la idea de la utilización de un modelo único y bien desarrollado a partir del cual elaborar el currículum, de esta manera, al actuar el Modelo Conceptual como marco de referencia, orienta el diseño curricular y le da coherencia y unidad.

Entre estos se encuentran: Poletti, Adams, Riopelle, Henderson, Meleis, etc.

Evidentemente la adopción de un modelo no preve todos los problemas con los que podamos encontrarnos, pero utilizándolo tendremos una base conceptual sólida que nos permitirá definir de forma clara y precisa nuestro servicio especifico a la sociedad, todo ello nos dará una mayor coherencia en la enseñanza.

Las prácticas clínicas deberán realizarse en un medio en el que se haya adoptado el mismo modelo.

En nuestro caso, el modelo adoptado para la organización curricular es el modelo conceptual de Virginia Henderson.

Además de todos los argumentos expuestos no podemos olvidar hacer un breve repaso por la realidad asistencial, el desarrollo práctico del trabajo enfermero.

Es ya popular la expresión que manifiesta la existencia de una dicotomía entre la docencia y la asistencia.

La enfermería docente ha evolucionado rápida y profundamente mientras que la práctica asistencial no lo ha hecho tanto.

Rosamaría Alberdi y M. de la O. Jimenez citan distintas cuestiones fundamentales que han limitado el desarrollo del trabajo enfermero de entre las que destacaríamos:

- resistencias por parte de las enfermeras,
- inadecuada formación y
- confusión en la estrategia enfermera, por entender que si no hubiesen existido habríamos podido salvar las restantes.

Pero la historia pesa terriblemente en el día a día y, es muy duro romper con la rutina, máxime cuando el objetivo es confuso y la argumentación de la que la mayoría dispone no es suficiente.

La realidad de un número importante de escenarios asistenciales no guarda ninguna relación con los planteamientos teóricos:

- el «proceso» es «inaplicable» en un mundo en el que las plantillas son escasas y las tareas abundantes.
- el «modelo» pertenece al mundo de la ilusión cuando lo que cuenta para el enfermo, para la institución y, lo que es peor, para la mayoría de las enfermeras es el diagnóstico médico, las pruebas complementarias y el tratamiento médico.
- la situación social y/o familiar de las enfermeras no hace fácil dedicar tiempo al estudio de las nuevas publicaciones.
- son sólo una «gran minoría» los enfermeros que creen y quieren que ésta profesión sea algo diferente de lo que es.

Son muchas las voces que plantean que las enfermeras que comparten la asistencia y la docencia deben ser impulsoras del cambio deseado. Son ellas las que durante mucho tiempo, y, en primera persona, han vivido la dualidad, ¿ podemos hacerlas responsable de su resolución ?.

Nos planteamos que quizás la solución parta de las siguientes premisas:

- formación para las enfermeras graduadas,
- infraestructura adecuada para el desarrollo del trabajo enfermero orientado por un modelo conceptual y
- desarrollo de la capacidad de la enfermera recién diplomada de discernir el papel que se desarrolla en la práctica asistencial

y el que sería deseable desde la perspectiva en la que se ha formado. Sobre todo, cómo llegar, en el caso de que ambas situaciones sean distantes.

Nuestro papel se centra en la última de las premisas expuestas. Lo que pretendemos es el resultado del establecimiento y aplicación de un programa educativo.

Tradicionalmente la enfermería ha sido enseñada por personas expertas en, lo que se entendía por, la materia, sin que se planteara la necesidad de su formación en los principios básicos de enseñanza-aprendizaje. Los temas pedagógicos han adquirido cierta importancia tras incorporarnos las enfermeras al ámbito universitario.

La adopción de un modelo conceptual en el desarrollo del currículum lleva implícita la elección de un modelo pedagógico congruente con el primero.

La propuesta para la impartición de la Enfermería Médico-Quirúrgica que exponemos no sólo tiene una disminución en el número de créditos, cosa que ya hacen las Directrices Generales, sino que pretende cambiar el enfoque de la misma tratando de formar enfermeros que ayuden al enfermo.

Será el enfermo, y no su enfermedad, el objetivo alrededor del cual gire la práctica profesional.

Es preciso también resaltar que para poner en practica dicho proyecto seria deseable la organización de prácticas integradas, entendiendo por estas la integración de conocimientos y objetivos entre las distintas asignaturas específicas de enfermería.

OBJETIVO GENERAL DE LA MATERIA

Contribuir a la formación de enfermeros capaces de ayudar a los individuos a satisfacer sus necesidades básicas, con el fin de mantener, aumentar o recuperar los niveles de independencia en distintas situaciones de la vida así como a evitarles sufrimientos en el momento de su muerte.

ASIGNATURA

INTRODUCCION A LA ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA.

- Ésta asignatura se impartirá en el segundo cuatrimestre del primer curso.
- Créditos teóricos: 3,5
- Créditos prácticos: 3

Descriptor:

- Nociones básicas en enfermería médico-quirúrgica.
- Exploración física y valoración.
- Conceptos de asepsia, antisepsia y esterilización.
- Actividades de enfermería en los individuos sometidos a procedimientos y técnicas básicas.

Objetivos de la asignatura:

- Al finalizar la asignatura el alumno será capaz de:

  1. Explicar los conceptos básicos que delimitan la Enfermería Médico-Quirúrgica.
  2. Realizar la valoración inicial del paciente y la exploración física.
  3. Definir los conceptos generales de asepsia, antisepsia y esterilización.
  4. Ejecutar los procedimientos y técnicas básicas de Enfermería.

Metodología:

- Clases magistrales con soporte de material audiovisual.
- Clases teórico-prácticas.
- Seminarios de análisis y discusión.

ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA I.

- Ésta asignatura se imparte durante todo el segundo curso, consta de 7,5 créditos teóricos y 18 créditos clínicos, que, de no existir las prácticas integradas, se deberán realizar en centros hospitalarios de agudos.

Descriptor:

- Procesos desencadenantes de las enfermedades.
- Fisiopatología de las diversas alteraciones de la salud.
- Tecnología de enfermería para la atención a individuos con problemas médico-quirúrgicos.

Objetivos de la asignatura:

- Al finalizar la asignatura el alumno será capaz de:

  1. Explicar las bases fisiopatológicas de las enfermedades que se explican.
  2. Identificar los signos y síntomas que pueden aparecer en un individuo que presente alguna de las patologías que se imparten.
  3. Enumerar los problemas interdependientes que aparecen en las distintas situaciones fisiopatológicas y las actividades de enfermería que se han de realizar para prevenir o detectar las complicaciones potenciales que puedan presentarse.

Metodología:

- Clases magistrales con soporte audiovisual.
- Clases teórico-prácticas de demostración.
- Estudio de casos.
- Aplicación en la práctica clínica de los conocimientos adquiridos.

ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA II.

- Ésta asignatura se imparte durante el tercer curso de la Diplomatura.
- Créditos teóricos: 5,5
- Créditos prácticos: 15

Descriptor:

- Respuestas humanas derivadas y concomitantes de las situaciones patológicas más comunes.
- Cuidados de enfermería a individuos con problemas médico-quirúrgicos.

Objetivos de la asignatura:

- Al finalizar la asignatura el alumno será capaz de:

1. Valorar, planificar, ejecutar y evaluar los cuidados a brindar al usuario dentro del marco que establece el Modelo de Virginia Henderson y utilizando la taxonomía diagnóstica de la N.A.N.D.A.

Metodología:

- Clases magistrales con soporte audiovisual.
- Estudio de casos.
- Aplicación en la práctica clínica de los conocimientos adquiridos.

BIBLIOGRAFÍA

1. COLLIÉRE, MARIE FRANCOISE. Promover la vida. Interamericana Mcgraw-Hill. Madrid. 1993.
2. DOMÍNGUEZ-ALCÓN, CARMEN y colaboradores. Sociología y Enfermería. Piramide. Madrid. 1983.
3. DURKHEIM ÉMILE. Educación y sociología. Península. Barcelona. 1989.
4. HERNÁNDEZ, PEDRO. Diseñar y enseñar. Narcea. Madrid. 1989.
5. RIOPELLE, L. y colaboradores. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de las personas. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993.

REVISTAS.

1. ALBERDI, R y JIMENEZ Mª de la O. «El trabajo enfermero I, II y III». Revista Rol. Nº 152, 153, 154.
2. ALBERDI, R. «La identidad profesional de la Enfermera». Revista Rol, Nº 170, pags 39-44.
3. ANTONIM, M y TARRECH, M. «Enfermería, realidad en crisis». Revista Rol, Nº 175, pags 71-74.
4. LAFLOR CAROT M.V. y colaboradores. «Análisis de la titulación académica del profesorado de las E.U.E. españolas». Revista Rol nº 112, pags. 19-26.
5. LUIS RODRIGO, M.T. «Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica». Revista Rol nº 157, pags. 57-62.
6. ROIGÉ I BOTÉ, A y colaboradores. «Plan de estudios de Enfermería (?)». Revista Rol nº 87, pags. 25-29.

PROPUESTA DE UN PLAN DOCENTE PARA LOS CENTROS ASISTENCIALES DE MINUSVÁLIDOS FÍSICOS: PLANIFICACIÓN E IMPORTANCIA EN LA FORMACIÓN PREGRADO

Barca, J.; Durán, A.
Carrero, A.; Galindo, A.
Rojo, R.; Vázquez, R.
Silos, E.; Gómez, P.
Rodríguez Arias, C.M.

E.U.E. de Cáceres
Departamento de Enfermería
Universidad de Extremadura

INTRODUCCIÓN

Los C.A.M.F. son centros asistenciales de los que muy pocos profesionales conocen bien su infraestructura, funcionamiento, actividades, etc, pese a ser centros de carácter estatal y permanecer al Instituto de Servicios Sociales.

El funcionamiento de estos Centros se realiza enteramente desde cuatro grandes áreas:

- Área de Personal.
- Área de Administración.
- Área de Residencia.
- Área de Asistencia.

Estas áreas están profundamente interconectadas entre sí, y todos los recursos tanto humanos, como técnicos, están amparados por los Convenios Colectivos vigentes en el momento.

El área que nos ocupa, es el de Asistencia. Este engloba a la mayoría de los profesionales que están en contacto permanente con el Residente (que no enfermo, como se tiende a llamarlos), y abastece al mismo residente como pieza clave del Centro y en definitiva objeto último de todas las demás áreas.

En la asistencia, juega un papel muy importante el Departamento de Enfermería del Centro, del cual hablaremos en esta comunicación como la fuente de formación práctica de los futuros enfermeros.

Este Departamento está compuesto por ocho Enfermeros en coordinación con el Médico Titular del Centro. Trabajan en turno de mañana, tarde y noche, habiéndose fijado por acuerdo administrativo, unos mínimos que cubren las necesidades del Residente; así el turno de mañana

cuenta con dos Enfermeros, el la tarde con uno y otro para el turno de noche.

Obviamente el peso específico del trabajo lo soporta el turno de la mañana, debido a múltiples causas como el aseo íntegro del residente y la actividad paralela de otros profesionales como Médico, Psicólogo, Trabajador Social, Fisioterapeuta, etc... y que necesitan frecuentemente la colaboración del Enfermero.

Como mencionamos, al principio el C.A.M.F. es un gran desconocido, pero no por ello deja de guardar un sitio importante dentro de nuestra sociedad, sólo hay que tener en cuenta la población de Minusválidos Físicos existente en España en la actualidad, beneficiaria o no de estos centros.

Proponemos desde el Departamento de Enfermería de la Universidad de Extremadura un Plan Docente en colaboración con el INSERSO para que los discentes desarrollen sus prácticas en estos Centros, pues las connotaciones que poseen, varían en esencia de cualquier centro hospitalario, requiriéndose unas cualidades determinadas para ejercer en ellos.

Presentamos pues, un trabajo que esperamos sirva de base para que en un futuro próximo, el Enfermero recién Diplomado afronte con optimismo y adecuada preparación su trabajo en los Centros de Atención a Minusválidos Físicos, integrándose en ellos desde el principio como un perfecto conocedor de su rol.

El centro sobre el que hemos trabajado fue el primero que se creó en España, nos estamos refiriendo al C.A.M.F. de Alcuescar (Cáceres) con capacidad para 120 residentes muy afectados físicamente y bastante heterogéneo por minusvalías, sexo, edades.

OBJETIVOS GENERALES

A. Promover el autocuidado.

B. Buscar estrategias encaminadas a lograr la integración plena del Residente en el Centro.

C. Conseguir la salud física, psíquica y social en la medida de lo posible.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Acercar la realidad de estos centros a los alumnos durante su formación práctica.
2. Adquirir las técnicas y los cuidados adecuados para el ejercicio de una futura profesión en el marco de un C.A.M.F.
3. Conocer los diferentes grados de minusvalías, sus complicaciones y patologías anexas.
4. Apreciar y manejar los recursos psicológicos tan fundamentales en un centro de estas características.
5. Conseguir del usuario, la aceptación del Rol Enfermero como pieza fundamental del sustrato profesional de los C.A.M.F.

OBJETIVOS OPERATIVOS

Actuaciones de Enfermería:

1. Mantener íntegro el tegumento común.
2. Promover la higiene.
3. Evaluar y programar las movilizaciones.
4. Seguir de cerca la alimentación cualitativa y cuantitativamente
5. Preparar y evaluar la administración de los tratamientos.
6. Controlar y preparar la documentación, en función de las posibles necesidades de Asistencia Médico Clínicas fuera del C.A.M.F.
7. Responder de forma inmediata a las necesidades que con carácter de urgencia necesite cualquier residente en un momento dado.
8. Atender de forma constante los requerimientos de los residentes encamados.
9. Detectar mediante el contacto directo las posibles necesidades psíquico-sociales del paciente.

10. Fomentar cuidados de enfermería encaminados al mantenimiento del paciente en función de sus patologías: traumáticas, progresivas, degenerativas, etc...
11. Valorar en equipo, la evolución del paciente en actuaciones de Enfermería como: úlceras por presión, el sueño, etc...

ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

1.a. Vigilancia de los lugares donde puedan aparecer U.P.P.
1.b. Supervisión de la higiene de la piel.
1.c. Observación de los cambios anormales de la piel.

2.a. Educación del residente sobre la limpieza de la piel y su importancia.

3.a. Establecer criterios sobre las movilizaciones junto con el personal que las realiza.
3.b. Evaluación de los cambios posturales.

4.a. Educar al residente sobre los aspectos relacionados con la nutrición óptima o equilibrada.
4.b. Supervisión de las dietas.
4.c. Preparación y administración de las dietas parenterales.

5.a. Preparación del tratamiento.
5.b. Supervisión del seguimiento por parte del residente del tratamiento prescrito.
5.c. Administración de los tratamientos.

6.a. Informar al residente de la hora de asistencia a la consulta médica.

7.a. Actuar ante cualquier necesidad urgente que esté dentro del marco de competencias asignadas al Enfermero.
7.b. Derivar al médico todo aquello que se salga de nuestro campo de actuación.

8.a. Vigilancia del residente encamado (paciente):
   1. Constantes.
   2. Administración de tratamientos.
   3. Apoyo psicológico.
   4. Informar al resto del equipo.

9.a. Establecer conversaciones en base a las necesidades del residente (P.A.E.) "Plan de atención de Enfermería".

9.b. Escuchar al residente.

9.c. Colaborar con el resto del equipo y derivar convenientemente.

10.a. Desarrollar la actividad o actividades convenientes para el progreso de las patologías de base del residente.

11.a. Reuniones con el médico y responsables del Área Asistencial para informar y colaborar en la buena marcha del paciente.

METODOLOGÍA

Una vez que se estudia la encuesta realizada a los alumnos para determinar el nivel de conocimiento sobre el minusválido físico (necesidades, cuidados, entorno, psicología...), se pone en marcha un plan de visitas organizadas y tuteladas en coordinación con el personal responsable de las distintas áreas de los C.A.M.F., en las cuales se detectó la necesidad e interés por ambas partes de incorporar a los alumnos en las actividades de los profesionales y usuarios.

TEMPORIZACIÓN

1. La duración del **período de prácticas** sería de **seis semanas** como mínimo:

   Dos primeras semanas: trabajo de conexión con el profesional de turno, asimilando los conceptos y no existiendo ningún reparo a la hora de resolver dudas que se susciten. El alumno debe colaborar con el Enfermero en todas aquellas tareas que le sean demandadas.

Cuatro semanas restantes: el alumno debe ser capaz por sí mismo, de atender las necesidades básicas del residente con la ayuda del profesional que esté a su cargo; responderá a las situaciones de urgencia con el resto del personal que le puedan ser requeridas y será capaz de intervenir en reuniones, discusiones, informaciones, etc..., con el equipo multiprofesional.

2. **Horas lectivas:**

De 8:30 h. a 13:30 h. de lunes a viernes.
Se justifica este horario porque tal y como está desarrollado el trabajo en los C.A.M.F., en este período de tiempo abarcará el mayor número de conocimientos. Tendrá mayor acceso al residente y al equipo multiprofesional.
Si bien es cierto que algunas de las horas de prácticas, podrían ser cambiadas por algún turno de tarde, dedicando estas horas a las relaciones más personalizadas con el residente.

CONCLUSIONES

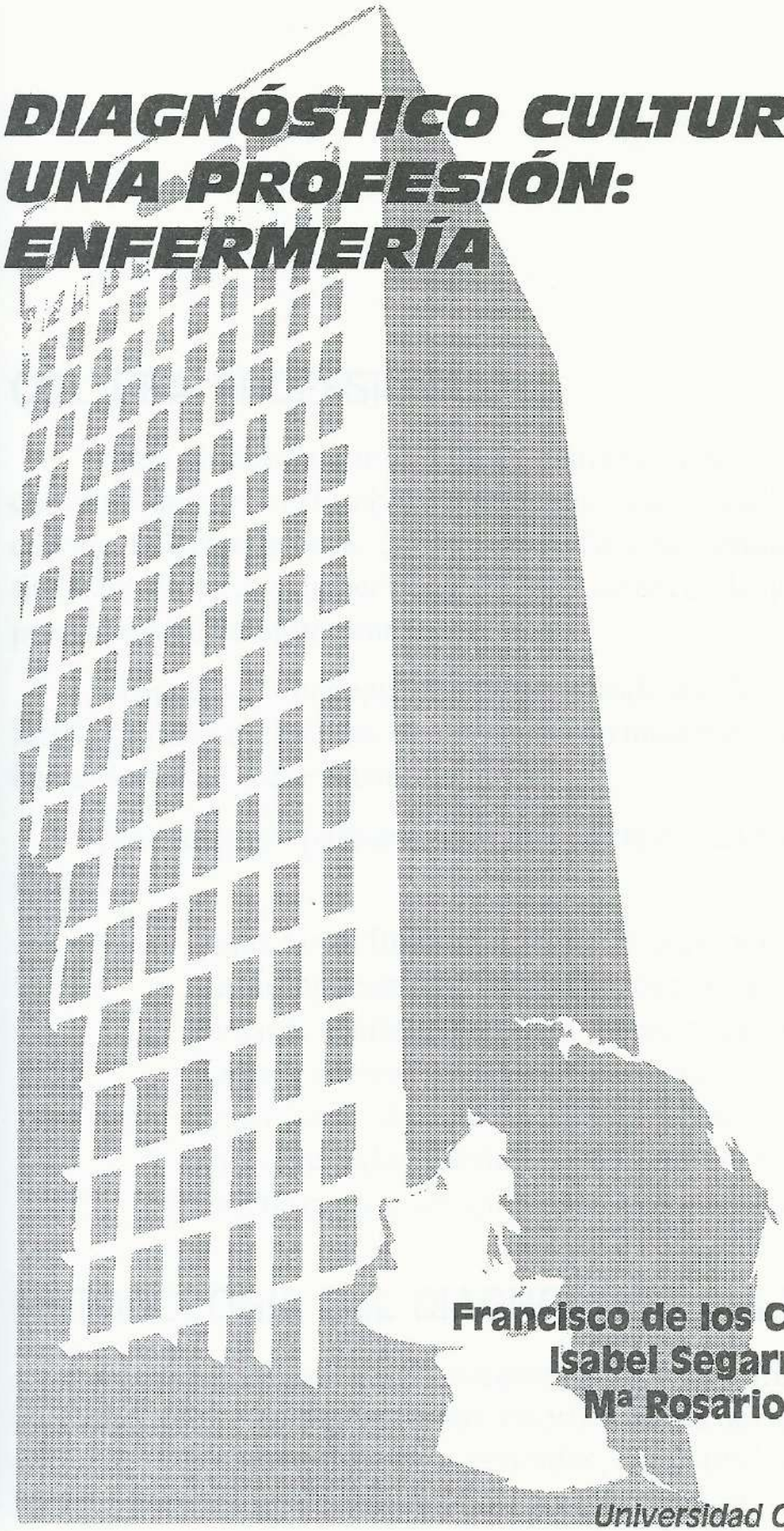
Con la incorporación del alumno en estos centros amplía conceptos sobre lo que es la enfermería dentro de un C.A.M.F., además adquiere el sentido de comunidad que poseen y habrá tenido acceso al conocimiento de las diferentes patologías específicas de estos residentes que en los otros ámbitos no suelen ser frecuentes.

Nuestra expectativa es disponer para el curso 95-96 de un Profesor Asociado en Ciencias de la Salud a través de un convenio Inserso/ Universidad.

Pretendemos que el futuro profesional se conciencie de que para ejercer su diplomatura en Centro de Minusválidos Físicos, se requiere un peculiar perfil.

Ante la fuerte demanda por ocupar plaza de residente en estos Centros, los profesionales deber estar más preparados para satisfacer las necesidades de la persona minusválida.

DIAGNÓSTICO CULTURAL DE UNA PROFESIÓN: ENFERMERÍA



Francisco de los Cobos Arteaga
Isabel Segarra Cañamares
Mª Rosario Olmo Gascón

E.U.E. de Cuenca
Universidad Castilla-La Mancha

CULTURA PROFESIONAL

Cada profesión a través de su historia va desarrollando pautas de comportamiento, costumbres y tradiciones que contribuyen a su diferenciación respecto a otras ocupaciones. En este sentido, toda profesión tiene una cultura, al haber generado una esfera en la que se piensa, comprende y actúa conjuntamente.

Respecto al concepto de cultura, desde que Tylor en 1871 formulara la primera definición, se han sucedido múltiples definiciones sin haberse llegado a consensuar una única.

Sin embargo, parece existir una cierta coincidencia en ciertos aspectos:

- Todas las definiciones de cultura coinciden en señalar que está compuesta tanto de los productos físicos de la actividad humana, «cultura material» (tecnología) como de las instituciones y valores sociales del hombre.
- Gran número de autores (Geertz, Linton, Rocher, Parsons...) han coincidido en señalar que la cultura es un proceso que se caracteriza por ser aprendido, compartido y transmitido.

METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO CULTURAL

Nuestra propuesta está fundamentada en identificar los valores que animan a los profesionales de enfermería a través del análisis del proceso cultural y sus características: aprendidas, compartidas y trasmitidas. En los tres ámbitos que componen el proceso cultural (enseñanza-trabajo-

proyección social), para así definir los valores, características profesionales e imágenes sociales que le confieren identidad profesional, utilizando los materiales y métodos del diagnóstico organizacional.

Aprendidas	Compartidas	Transmitidas
Docencia	Trabajo	Sociedad
Valores	Desarrollo Profesional	Imagen

DESCRIPCIÓN DE LOS VALORES

Ruth Benedict (1971) enfocó el estudio de las culturas tratando a éstas como configuraciones, formadas por pautas de acción y pensamiento. Según ella, podemos captar la particularidad de cada cultura describiendo no tanto sus rasgos externos, como su «configuración» (aspectos cognitivos), y sus «metas» o «fines» (aspectos normativos), ya que las culturas son totalidades orientadas en el sentido de ciertos valores.

Cuando un grupo de personas es socializado en su formación de forma similar, desarrolla valores lo bastante distintivos y permanentes en su incidencia o distribución como para distinguirse de otros.

En el análisis de la profesión de Enfermería es necesario comprender no sólo sus instituciones y reglas formales; sino debemos considerar el sistema de valores que la animan y que indican el funcionamiento real de la profesión, así como la naturaleza de las relaciones que existen entre instituciones y reglas formales con los valores. Coincidimos con Turner (1988) en considerar que los valores no constituyen solamente un conjunto de clasificaciones cognitivas para el ordenamiento del universo. Están cargados de finalidad, es decir, sirven para orientar la acción profesional por encima de las reglas formales e institucionales. Estos valores culturales desarrollan una ordenación particular de la experiencia y, por tanto, una concepción singular de la salud y sus prácticas.

Hagamos referencia a la función de los valores sociales y/o profesionales que según Dumont (1987):

- Son esenciales para la integración y la permanencia del cuerpo social, así como de la personalidad, es decir, para su identidad.
- Existe un estrecho lazo entre ideas y valores, entre aspectos «cognitivos» y «normativos», una continuidad entre lo que se piensa y lo que se hace.
- Los valores aparecen organizados jerárquicamente, es decir, toda experiencia prioriza algún aspecto «cognitivo» y «normativo» que le confiere identidad.

Pero, como apunta Lévi-Strauss (1987) «para que una cultura sea realmente ella misma y esté en condiciones de producir algo original, la misma cultura y sus miembros deben estar convencidos de su originalidad y, en cierta medida, también de su superioridad sobre los otros».

Desde esta perspectiva, toda disciplina, en su formación, debe desarrollar un cuerpo de valores que diferencie su ejercicio profesional. Cualquier reflexión intelectual consolidada en la comunidad científica presenta, entre los miembros de su colectivo, un discurso profesional que proyecta su común identidad.

Todo conocimiento percibe la totalidad de la existencia desde los parámetros de su propia disciplina, es decir, toda ciencia es etnocéntrica y, por tanto, imperialista; pretende que el resto de las ideas se sometan a su «verdadero» razonamiento.

Esta visión etnocéntrica de los valores propugnados desde la docencia de la profesión de enfermería, se manifiesta a través de:

- Los **sloganes** que comunican los valores centrales alrededor de los cuales se construye la cultura profesional. En el caso de Enfermería: cuidar.
- Las **historias** acerca de las «Madres Fundadoras» (Historia de la Enfermería) y de la esencia de los cuidados (Modelos de Enfermería).

- La **identificación consciente/inconsciente**, los rituales de ratificación del profesional respecto a «su» profesión, tanto endógenamente con sus compañeros, como exógenamente proyectando su actividad a la sociedad.

DESARROLLO PROFESIONAL

En nuestra consideración deberíamos utilizar los siguientes indicadores para el análisis del desarrollo profesional de enfermería en el ámbito laboral:

- **Turnover**. Representa la incapacidad de mantener un grupo de trabajo estable. La literatura organizacional está colmada de ejemplos de trabajadores que renuncian a sus puestos, ya que discrepan con los factores motivadores o de satisfacción (reconocimiento profesional) y/o con los factores higiénicos (económicos) de la empresa (Herberzg, 1974).
- **Cantidad de poder**. El mundo profesional plantea, a sus integrantes, una disonancia entre la sociedad democrática y la jerarquía de las organizaciones, generalmente, estructurada de forma muy sólida. Los estudios de Tannenbaum (1977) establecen que existe una correlación entre cantidad percibida de poder (autonomía profesional) y productividad y satisfacción en el trabajo.
- **Racionalidad respecto a valores y racionalidad respecto a fines**. Los profesionales que se incorporan a una organización proyectan sus valores-objetivos, que no necesariamente son los de la organización. En este sentido, se deberá detectar la congruencia entre los objetivos planteados por los valores y los objetivos que plantean los fines organizacionales.
- **Difusión/transculturación (aculturación)**. La difusión consistiría en la irrupción en una profesión de un sistema de valores extraños (de otra profesión), que pretende de manera consciente o inconsciente la supresión de las diferencias entre las culturas profesionales (etnocidio), reduciendo las múltiples perspectivas de abordaje de la realidad en una sola.

IMAGEN PROFESIONAL Y SOCIAL

Toda profesión define sus relaciones con la sociedad a través de «imágenes» que pretenden representar los valores predominantes de la cultura profesional. Esta simbología determina, inconscientemente, las relaciones de intercambio profesional que se realizan, en gran medida, mediante estas imágenes proyectadas a sus potenciales clientes. Estos sistemas deben encontrase en una relación de mutua interdependencia, que exige un mínimo de coherencia entre el sistema simbólico de la cultura profesional y la estructura social.

La «uniformidad» en la cultura profesional, sólo puede partir de expectativas comunes entre los miembros de la profesión, muchas de las cuales han sido interiorizadas a través del proceso de socialización, entendiendo que este comprende las acciones educativas y las dinámicas internas de la organización.

El proceso de «transferencia» concede a ciertas profesiones, un poder especial, porque sus clientes creen que la representación de las mismas posee tales poderes. Este es el proceso esencial que permite identificar a los profesionales de la salud con potestades cuidativas y curativas. En este sentido de congruencia entre el sistema de representación profesional y actuación profesional, se inscribe la «Teoría de la Respuesta Profesional Disciplinada» de Orlando, que afirma que toda acción realizada por una enfermera, puede describirse como una serie de actos significativos para la eficacia de los cuidados del individuo y para el sistema de representación profesional que sustenta la confianza del cliente en su recuperación.

CULTURA FUERTE

Si el sistema es congruente en sus valores a través de todo el proceso, podremos identificar la cultura profesional de enfermería como «cultura fuerte», entendiendo que «cultura fuerte» es aquella que:

- Facilita la integración de los nuevos trabajadores.
- Reduce la incertidumbre en el proceso de toma de decisiones.

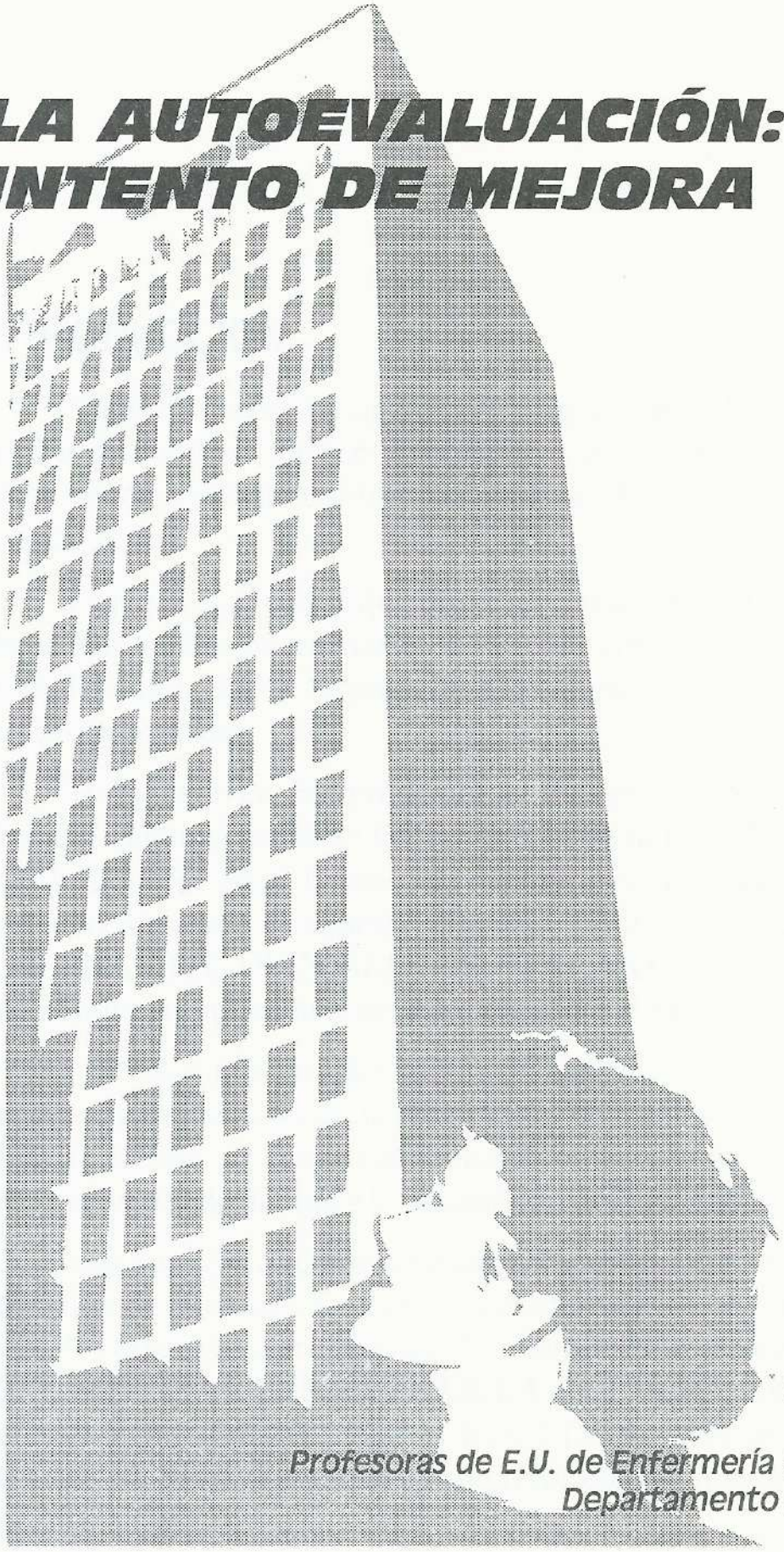
- Posibilita una unidad de acción profesional.
- Transmite una fuerte y única imagen profesional.

Finalmente, debemos indicar que el diagnóstico cultural de la profesión de enfermería, debe realizarse desde una perspectiva sistémica, ya que en un sistema todos los elementos del proceso están interrelacionados y se retroalimentan constantemente modificando su estructura.

BIBLIOGRAFÍA

1. BENEDICT, R.: El hombre y la cultura. Investigación sobre los orígenes de la civilización contemporánea. EDHASA, Barcelona, 1971.
2. DUMONT, L.: «El valor en los modernos y en los otros». En L. DUMONT, Ensayos sobre el individualismo. Alianza, Madrid, 1987. pp. 239-275.
3. HERZBERG, F.: Work and the nature of man. Crosby Lockewood, Londres, 1974.
4. MILLS, D.I y SAUTER, M.K.: «Ida Jean Orlando (Pelletier). Teoría de la respuesta profesional disciplinada». En A. MARRINER, Modelos y teorías de enfermería, Rol, Barcelona, 1989. pp. 179-89.
5. LEVI-STRAUSS, C.: Mito y significado. Alianza, Madrid, 1987.
6. TANNEMBAUN, A.S.: Hierarchy in organizations. Jossey-Bass, San Francisco, 1977.
7. TURNER, V. W.: El proceso ritual. Estructura y antiestructura. Taurus, Madrid, 1988.

LA AUTOEVALUACIÓN: UN INTENTO DE MEJORA



Pilar Tazón
Nieves Aja
Garbiñe Lasa

Profesoras de E.U. de Enfermería de San Sebastián
Departamento de Enfermería II.
U.P.V./E.H.U.

INTRODUCCION

Antes de comenzar quisiéramos agradecer al Comité Científico la posibilidad que nos ofrece de compartir estas Sesiones de Trabajo con todas ustedes, y poder también así disfrutar de los encantos de esta maravillosa ciudad.

Enseñar es ayudar a que otros aprendan. Dentro del Currículum de Enfermería y concretamente en su formación práctica, la finalidad fundamental de dicha labor, es preparar a los alumnos para que presten cuidados profesionales.

Trabajando en este propósito, el Equipo de Coordinación de Prácticas del Departamento de Enfermería II de la UPV/EHU, a lo largo de los últimos tres años, hemos ido encontrando una serie de dificultades que hemos tratado de superar. Una de ellas era la **EVALUACION DE LAS PRACTICAS INTRAHOSPITALARIAS** del alumno, cuestión que resulta complicada al no estar presente el profesor en la unidad.

Cuando hablamos de evaluación nos estamos refiriendo a una propuesta encaminada hacia la realización de valoraciones y juicios cuyo objetivo último no queda limitado a la obtención de una serie de datos, sino que pretende dar pie a la posibilidad de lograr soluciones de mejora.

Los motivos que tradicionalmente justifican la evaluación son: la rendición de cuentas y la cumplimentación de los objetivos. Además de éstos, los objetivos que el Equipo de Coordinación se marcó eran **ORIENTAR, MOTIVAR E IMPULSAR LA CULTURA EVALUATIVA**, en definitiva, MEJORAR LA CALIDAD DE LA ENSEÑANZA. Pensamos que sin éstos ninguno de los motivos convencionales tendrían sentido.

Para su consecución vimos la necesidad de inculcar en el alumno cierta responsabilidad en la calidad de su aprendizaje, haciéndole participe de su propia evaluación (**AUTOEVALUACIÓN**).

Establecimos dentro de las actividades de la Formación Práctica, una reunión con los alumnos para valorar aspectos de la misma, la cual denominamos «Reunión de valoración», que se realiza en grupos pequeños, a la finalización de cada ciclo y según la distribución por servicios. Estando conducida la misma por el profesor responsable de dichas unidades.

Esta reunión es un elemento importante, que nos ayudará a ver :

- Si la planificación se está llevando a cabo y de que forma.
- Si se están cumpliendo los objetivos docentes; si estos son alcanzables por el alumno; si los procedimientos que realizan los alumnos se adecúan a los impartidos en la escuela; si comprenden el plan y aceptan las directrices propuestas.

Promueve la comunicación, el intercambio de ideas entre profesor y alumno y entre los propios alumnos, siendo un instrumento importante para obtener información de los mismos, acercándonos más a su grado de formación.

El asesoramiento es un objetivo importante en relación a los problemas a los que el alumno deberá hacer frente en su formación, aclarando ideas, dudas, mostrando así nuestro interés y preocupación por lo que opinan.

Y por último, y objeto de estudio de nuestro trabajo, se encuentra la realización de la **AUTOEVALUACIÓN**.

LA AUTOEVALUACIÓN

Las razones sustanciales para la utilización de este instrumento gira, en torno a dos ejes principales: orientar, motivar.

LA AUTOEVALUACIÓN PORQUE ORIENTA:

Es la base de la educación permanente y de la adquisición de mayores conocimientos. Enseña al alumno a pararse, a reflexionar sobre aspectos concretos de su formación, valorando aquello que ha realizado

satisfactoriamente, lo que no ha hecho tan bien y lo que le queda por hacer. Explorando su experiencia en las distintas situaciones, aprender a pensar y a autocriticarse, orientándole sobre los aspectos en los cuales presenta más dificultades.

LA AUTOEVALUACIÓN PORQUE MOTIVA:

Un factor fundamental de la motivación es el saber que la acción que se desarrolla día a día no es gratuita, es decir, no es lo mismo hacer bien las cosas que hacerlas mal. El disponer de feed-back o constatación sobre lo que uno a hecho mejor o peor es un elemento motivador fundamental. En torno a ella pueden plantearse desafíos de mejora.

Al profesor le sirve para valorar aquellos aspectos en los que los alumnos en general, tiene más dificultad, cuales de ellos están relacionados con la formación, la organización etc., permitiendo corregir las deficiencias que puedan surgir.

Como consecuencia de la celebración de estas reuniones y con el fin de mejorar la calidad de enseñanza surge la idea de realizar un estudio, en el que se contraste el informe enviado por el profesional asistencial que realiza el seguimiento del alumno y la autoevaluación realizada por el mismo.

Esto nos permitirá ver cual es la posición del alumno en relación a la evaluación realizada por el profesional y a la vez intenta inculcar en éste la importancia del proceso evaluativo.

MATERIAL Y MÉTODO

El método utilizado ha sido un informe que el alumno (AUTOEVALUACIÓN) y los profesionales asistenciales (evaluación del alumno) cumplimentan a la finalización de cada ciclo de practicas.

El informe consta de tres apartados que marcaran las partes del estudio.

- En el primero se analizan los datos referentes a las actitudes del alumno: iniciativa, comunicación, integración con el equipo etc.

- En el segundo apartado se evalúan los distintos procedimientos que debe realizar el alumno en relación a los objetivos marcados según su grado de formación.
- En el tercero, el alumno indicará la calificación global estimada y tendrá la oportunidad de realizar las observaciones que considere oportunas.

La población que se estudió, fueron los alumnos de la Escuela en Formación Práctica Intrahospitalaria, durante el curso 93/94. Un total de 332 alumnos distribuidos por curso según ven en el gráfico (121 de primero, 115 de segundo y 96 de tercero). -Gráfico 1-

ALUMNOS EN FORMACIÓN PRÁCTICA
TOTAL: 332 Alumnos

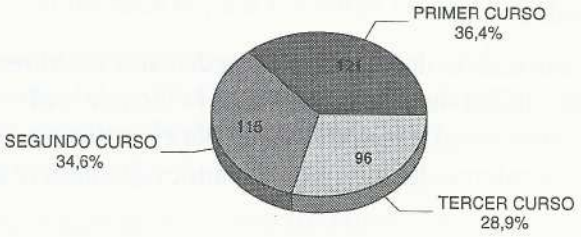


Gráfico 1.

Se recogen dos informes por alumno (el informe de evaluación que del alumno hace el profesional y la AUTOEVALUACIÓN cumplimentada por el alumno) realizando los alumnos de primero un ciclo, los de segundo tres y los de tercero dos.

Se obtuvieron un total de 1316 informes, de los cuales fueron validos para la realización del estudio 1.026.(198 de primero, 570 de segundo y 258 de tercero). -Gráfico 2-

La invalidación de los informes, se debió a que en ellos no constaba la calificación global, bien por no haber sido recogida por el centro, bien por el alumno.

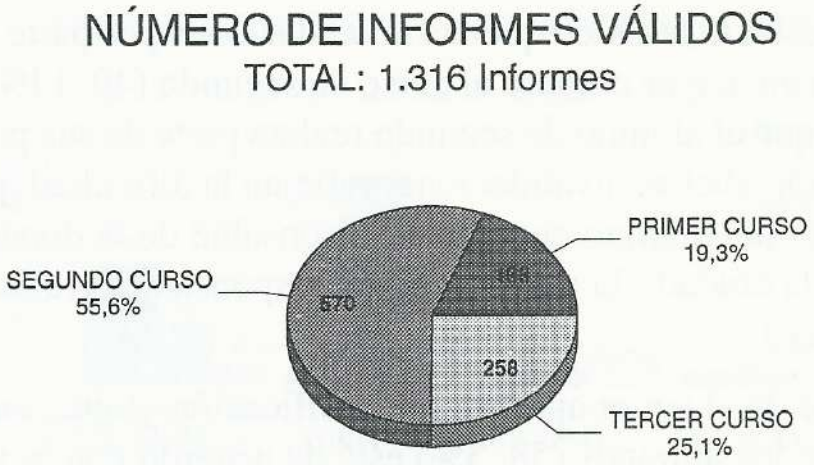


Gráfico 2.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

(Debido a su extensión expondremos los resultados y discusión correspondientes al tercer apartado del trabajo.)

Como se ve en el gráfico 3, es destacable en relación a los alumnos, el aumento importante que se da en el tercer curso en la no cumplimentación del tercer apartado. (11 en primero, 11%, 16 en segundo, 5% y 45 en tercero, 34%). Quizás ello se pueda atribuir a que a lo largo de su formación y hasta el presente curso no se había inculcado suficientemente a los alumnos la necesidad de asumir cierta responsablidad en su formación. De ahí la necesidad de inculcar dicha responsabilidad desde primer curso.

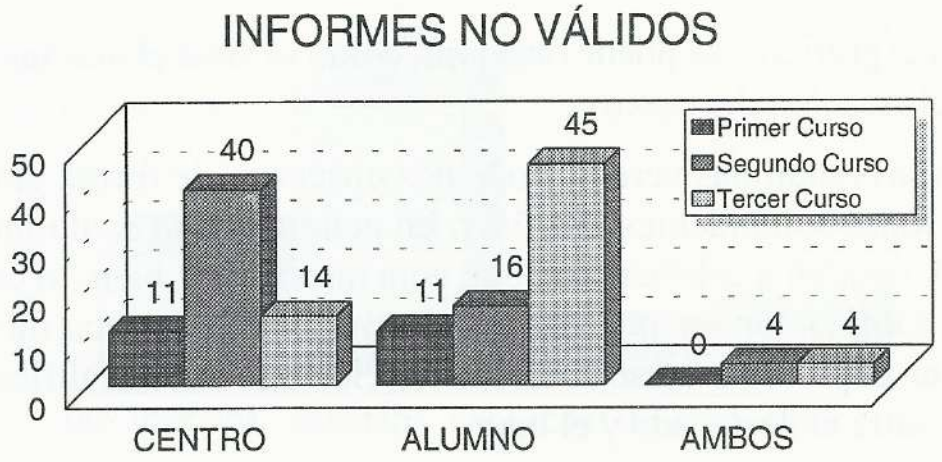


Gráfico 3.

Cabe destacar también que las invalidaciones por parte del centro corresponden en mayor número al curso de segundo (40, 14%). Teniendo en cuenta que el alumno de segundo realiza parte de sus prácticas en el turno de tarde, dichas invalidaciones reflejan la dificultad que supone el seguimiento del alumno cuando la responsable de la docencia no se encuentra en la unidad (la mayoría de las responsables realizan los turnos de mañana.).

En relación al tercer apartado, de calificación global, aunque más de la mitad de los alumnos (58, 3%) está de acuerdo con la valoración que se le ha dado en el centro, el porcentaje que no coincide con la misma es elevado (41, 75%) -Gráfico 4-. De estos últimos el 25, 53% opina que su nota debería ser menor y el 16, 22 % cree que debería ser mayor.

DISTRIBUCIÓN DE VALORACIONES
TOTAL: 1.026 Valoraciones

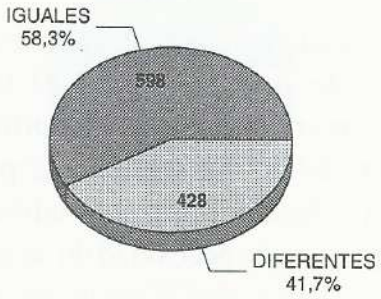


Gráfico 4.

En el gráfico 5 se puede observar, como se sitúa el alumno respecto a la calificación del centro.

En las columnas verdes, podemos observar (de forma global) las calificaciones coincidentes (58, 3%). En general, tanto el alumno como el centro, tienden a calificar con una nota intermedia, bien, lo cual hace que esta calificación sea poco discriminativa. Para solventar dicha deficiencia, en el presente curso se ha introducido una nueva calificación, el notable, entre el destacado y el bien.

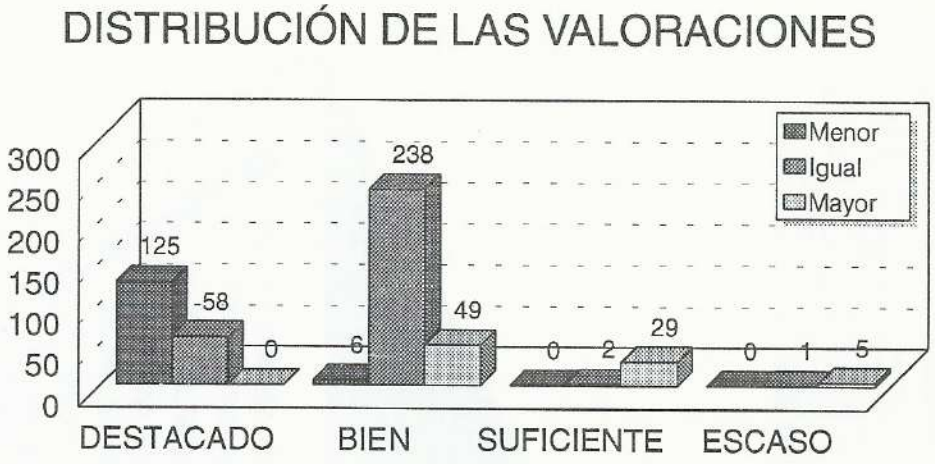


Gráfico 5.

En amarillo observamos a los alumnos que consideran que su nota debería ser mayor (16, 22%). Consideramos que es fundamental analizar dicha diferencia ya que la misma puede provocar desmotivación y malestar en el alumno sino se le invita a reflexionar sobre aquellos aspectos en los cuales presenta mayores dificultades.

En general estos alumnos, y en base a los datos de los que disponemos del análisis del resto de apartados, no habían tenido en cuenta en la calificación global sus actitudes, refiriendo no estar de acuerdo con su calificación, ya que según ellos habían realizado los procedimientos de forma adecuada.

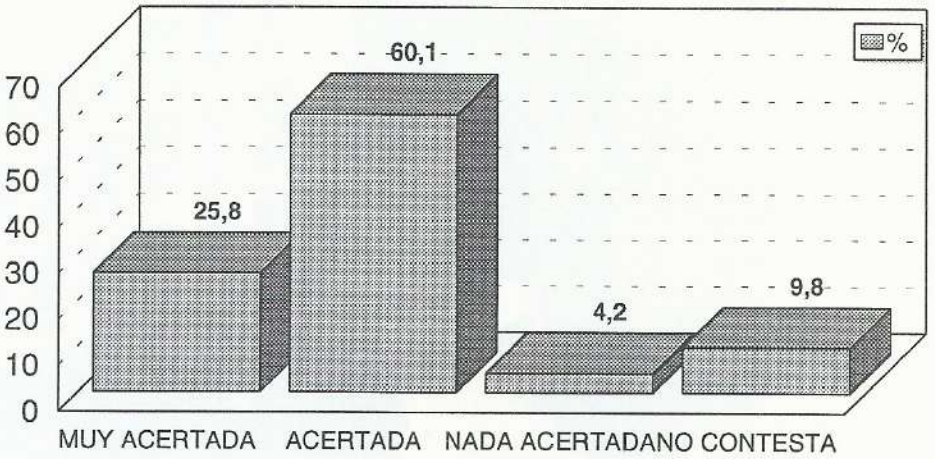


Gráfico 6.

Comunicaciones

ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL PERFIL DE PROFESOR ASOCIADO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Barca, J. *
Vázquez, M. **
Díez, A. **
Palomino, J. **
Palop, M. **
Galindo, A. *
Carrero, A. *
Rodríguez-Arias, C.M. *
Rojo, R. *

*** Profesores del Departamento de Enfermería*
Universidad de Extremadura
Cáceres

** Alumnos de Tercer Curso*
Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Extremadura
Cáceres

INTRODUCCIÓN

Al incorporarse los estudios de Enfermería a la Universidad, era necesario adaptar a la nueva situación la figura del Profesor de Prácticas. Hasta el año 1989 los responsables de prácticas eran profesionales de Enfermería que tenían exclusivamente este cometido dentro de sus obligaciones docentes, es decir, estos profesores debían coordinar la asistencia, actitud y aprendizaje del alumno en los Hospitales Concertados, siendo los responsables totales de las asignaturas en el aula otros profesionales tales como médicos, veterinarios, filósofos y otros licenciados.

A partir del Real Decreto 1558 de 28 de Junio de 1986, aparece reflejada la figura de Profesor Asociado de Ciencias de la Salud, nuestra Escuela, ya integrada en la Universidad de Extremadura, dirigida por Enfermeras y con una mayoría de docentes Enfermeros, consiguió concienciar a la Universidad de la necesidad de disponer de Profesores Enfermeros de entre los profesionales con plaza en propiedad de los Hospitales.

El resultado fue la elaboración por parte de una Comisión mixta (UEX/INSALUD), de un Concierto en el cual se estipulaban las condiciones del mismo.

Cinco años después de esta iniciativa, hoy podemos decir que esta figura es una realidad en nuestra Universidad. Es por ello que presentamos esta comunicación en la que pretendemos mostrar la evolución del perfil de estos profesores hasta el momento.

Nuestro equipo ha trabajado con una población de 262 candidatos desde el curso 1989/90 al curso 1994/95 inclusive, es decir, todos los candidatos que solicitaron plazas de Profesores Asociados de Ciencias de la Salud en los últimos cinco años.

a la docencia universitaria y contribuir a enriquecer nuestra cantera de profesores.

Como conclusiones debemos decir que si bien abogamos por que dicha figura se mantenga en nuestra Universidad, todavía no hemos conseguido la deseada interacción entre estos profesores y el Departamento de Enfermería, quizás debido al desconocimiento de lo que dicha figura lleva implícito, además de las condiciones del contrato de los mismos, que es de tres horas a la semana de dedicación al alumno, dentro de su jornada laboral; así como la limitación del número de profesores, que se traduce en una incompresión del trabajo realizado, por parte de sus propios compañeros.

Por otra parte, los alumnos, cada día más exigentes con esta figura, desean un profesor con una dedicación más comprometida, hecho constatado en el papel más relevante que han asumido en las Comisiones de Contratación y Consejos de Departamento, donde en los últimos cursos han realizado una evaluación de cada P.A.C.S., para que se incorporase al informe final correspondiente, que realiza el Departamento.

Para concluir, desde el Departamento de Enfermería, desearíamos en el futuro:

1. Descender la ratio alumno/profesor A.C.S. al menos a 1/3 (en la actualidad estamos en 1/8).
2. Potenciar la interacción Departamento de Enfermería/ P.A.C.S.
3. Aumentar el número de horas de dedicación al alumno, lo que exigiría la revisión del Real Decreto.
4. Estimular y facilitar su producción científica desde el Departamento.

LA ENSEÑANZA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA A LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ALTERNATIVA AL MÉTODO TRADICIONAL

Isla P.
López C.
García L.
Salas C.
Girbau R.
Pedreny R.

Departament d'Infermeria de Salut Pública,
Salut Mental I Materno-Infantil
Escola Universitària d'Infermeria
Universitat de Barcelona

INTRODUCCION

En la actualidad la evolución social es constante y vertiginosa. Ello produce cambios no sólo en los conocimientos, sino tambien en los valores y en las estructuras socioculturales y económicas. A pesar que desde hace tiempo se ha planteado la necesidad de adaptar los programas de enseñanza a las nuevas necesidades, la evolución en la enseñanza ha seguido un ritmo más lento. En general, se ha priorizado el producto: el contenido, las teorías, sobre el proceso y ello ha originado la prevalencia de métodos expositivos y un aprendizaje pasivo basado en la memorización. Sin embargo el aprendizaje es un proceso dinámico en el que el comportamiento y las experiencias del alumno juegan un papel fundamental. El estudiante debe de aportar su contribución y no limitarse sólo a recibir y asimilar todo lo que se le transmite, sino más bien a escuchar, dudar, analizar, interpretar, investigar y crear su propio conocimiento. Para ello debemos plantearnos impulsar la investigación hacia métodos de enseñanza no directivos de forma que estimulen e inciten a los estudiantes. Para nuestro proyecto de investigación, que ha sido financiado por el Gabinete de Evaluación de Innovaciones Pedagógicas de la Universidad de Barcelona, hemos seleccionado las Unidades Temáticas de Educación Sanitaria.

OBJETIVOS

- Valorar la eficacia y efectividad del programa en un grupo experimental (metodología activa) y en un grupo de control (metodología expositiva).
- Valorar la eficiencia del programa en ambos grupos
- Valorar la implicación del alumno en ambos grupos.

MATERIAL Y METODO

Se tomó como muestra la totalidad de los alumnos matriculados en 1er y 3er Curso y los matriculados en la asignatura optativa de Educación Sanitaria de 2º Curso. Como grupo experimental se seleccionaron aleatoriamente cuatro grupos de estudiantes (n=234) y como grupo de control el resto de población (n=469). El contenido del programa fué el mismo para ambos grupos. En el grupo experimental se desarrolló una metodología activa y en el grupo de control una metodología expositiva.

Para evaluar los conocimientos y actitudes se pasó a la totalidad de los alumnos una encuesta inicial y final. Para evaluar las actitudes se seleccionó prioritariamente la técnica con el D.C.S.A. Para evaluar los resultados de conocimientos se realizó además, un exámen final, siendo el mismo para la totalidad de los alumnos de cada curso. Para evaluar el proceso y la extructura se utilizó un cuestionario en el que se balancearon las tendencias de respuesta, es decir, en sentido positivo y negativo y valoraciones de tipo ordinal: (1.- Inadecuado; 2 insuficiente; 3 Correcto; 4 bien y 5 excelente).

RESULTADOS

- Contestaron a la encuesta 155 alumnos del grupo experimental (66.2%) y 206 alumnos del grupo control (43,9%)

EVALUACION DE RESULTADOS DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES

- No existen diferencias entre ambos grupos en el nivel de conocimientos adquiridos medidos por el exámen.
- En el grupo experimental se aprecia un mayor cambio cualitativo en los conceptos de «Salud», Educación» y «Educación Sanitaria».
- Existe una clara tendencia, en ambos grupos, a relegar la responsabilidad de la salud y de la Educación Sanitaria, casi exclusivamente, en los profesionales sanitarios
- Los alumnos del grupo experimental valoran mejor la consecución de los objetivos del programa y de sus expectativas

EVALUACION DEL PROCESO

- La asistencia a clase fué superior en el grupo experimental
- Los alumnos del grupo experimental valoran mejor la metodología utilizada y su grado de satisfacción es más elevado
- El significado y valor del aprendizaje en los alumnos del grupo control hace referencia a la adquisición de conocimientos mientras que el grupo experimental expresa, además, el enriquecimiento personal y la utilidad del proceso

EVALUACION DE LA ESTRUCTURA

- Los recursos materiales utilizados fueron superiores en el grupo experimental
- Los alumnos del grupo experimental aseguran que el esfuerzo realizado fué superior al habitual
- El grupo de control manifestó cansancio en las sesiones de dos horas. En las sesiones de 1 hora los trabajos de grupo resultaron poco operativos
- En el grupo de control un 20% de los alumnos se quejó del excesivo número de transparencias, mientras que el grupo experimental valoró muy positivamente los trabajos realizados

CONCLUSIONES

- Los estudiantes tienen reticencias para aceptar la metodología activa, pero la evaluan mejor
- La metodología activa implica más alumno, por lo que su aprendizaje es más significativo
- A pesar de que los estudiantes del grupo experimental, recibieron menor información, el nivel de conocimientos adquirido, fué similar

- En el grupo experimental un 1,2% de los alumnos manifestó rechazo por la metodología activa

Creemos que la metodología activa basada en la discusión de casos, el análisis y la reflexión, facilita el cambio de actitudes y responsabiliza al alumno en el propio proceso de aprendizaje, pero en las circunstancias actuales, continua siendo difícil su aplicación debido a la extructura del aulario, al número de alumnos por clase, y a la brevedad del tiempo dedicado a algunos temas.

BIBLIOGRAFIA

1. Muchielli,R. Les mètodes actives dans la pédagogie des adultes. ESF París 1975
2. Birkenbihl, M. Formación de Formadores. Paraninfo. Madrid 1990
3. Del Pozo, P. Formación de Formadores. Eudema S.A. Madrid 1993
4. Perez Serrano, GL. Elaboración de proyectos sociales. Narcea, Madrid 1993
5. Rodriguez Lopez, J.L. La Formación en las Organizaciones. Eudema S.A. Madrid 1993
6. Ferrer i Cerveró, V. La metodologia didàctica a l´ensenyament universitari. Publicacions Universitat de Barcelona. 1994
7. Espin López, J.V.; Rodriguez Lajo M. L´Avaluació dels aprenentatges a la Universitat. Publicacions Universitat de Barcelona 1993

ANEXO

RESULTADOS

CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS

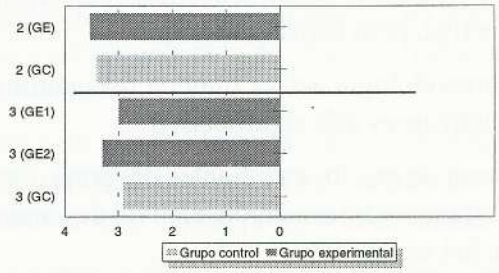


Gráfico 1

RESULTADOS
CONSECUCIÓN DE LAS EXPECTATIVAS

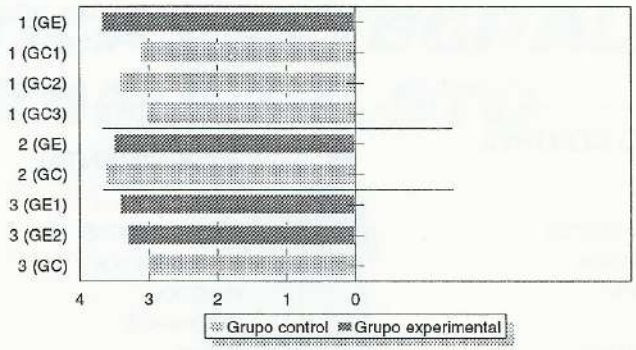


Gráfico 2

RESULTADOS
VALORACIÓN DE LA METODOLOGÍA

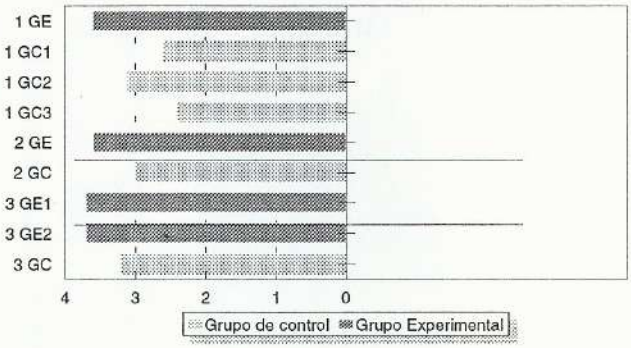


Gráfico 3

RESULTADOS
GRADO DE SATISFACCIÓN

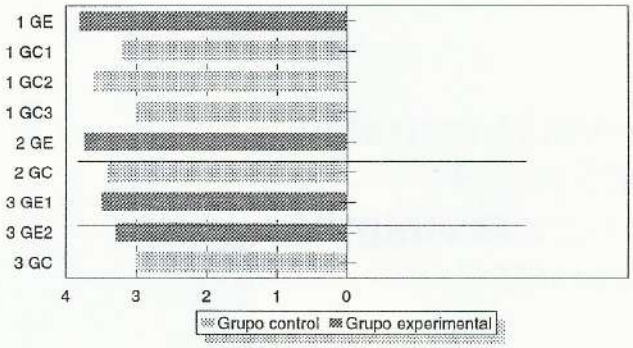


Gráfico 4

¿QUÉ HA SIGNIFICADO PARA TI, ESTE APRENDIZAJE

GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
CONOCIMIENTOS	CONOCIMIENTOS
INFORMACION	ENRIQUECEDOR
NECESARIO	PRACTICO
UTIL	FASCINANTE
INTERESANTE	NUEVO
	EXPERIENCIA
PESADO	
TEORICO	ESTRESANTE
DENSO	

Gráfico 5

PRÁCTICAS INTEGRALES: PROGRAMA PILOTO

Marisol Sánchez Fernández
Elena Giribet I Rubiol
Virginia Martínez Fernández
Carmen Nuin Orrio

Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Lleida

INTRODUCCIÓN

Ya Virginia Henderson (1987) decía que "las facultades de enfermería están constantemente tratando de encontrar respuestas satisfactorias a la siguiente pregunta: ¿Qué tipo y cuánta cantidad de experiencia es necesario para permitir que la diplomada adopte la atención de enfermería a pacientes y situaciones en particular?.

La aplicación del plan de estudios actual aprobado el 26 de Octubre de 1990, por R.D. 1466/90 (B.O.E., 20 de Noviembre de 1990), ha supuesto entre muchos cambios una considerable reducción de créditos en las enseñanzas prácticas de la diplomatura de enfermería, potenciando las dificultades a las respuestas que conlleva el desarrollo de un programa práctico.

Considerando que enfermería tiene como responsabilidad de ayudar a los individuos y/o grupos a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud que se encuentre, ocupándose de mantener, promocionar y proteger la salud, además de cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contemplando los aspectos psico-sociales y psico-somáticos de la vida, en lo que esto afecta a la salud, la enfermedad y la muerte, recuperando el concepto integral de cuidar.

En este sentido, los programas curriculares de enfermería deben ofrecer a los estudiantes tanto los aspectos físicos como psíquicos de proceso salud-enfermedad, teniendo en cuenta además su entorno social. Permitiéndole la práctica de una actuación de enfermería global, integrando diferentes conocimientos pero a la vez complementarios a toda actuación y situación por parte del futuro profesional de enfermería.

Ante esta situación, un grupo de docentes de la E.U.E. de Lleida que desarrollamos nuestra actividad pedagógica en el 2º cuatrimestre del 2º curso, correspondiente a las materias de Enfermería Maternal, Enfermería Infantil, Enfermería Geriátrica y Enfermería Salud Mental, con una carga lectiva de 2 créditos clínicos cada una de ellas, elaboramos un nuevo recurso pedagógico que denominamos "Prácticas Integrales". Siendo esto una experiencia nueva en nuestra Escuela, cuyo planteamiento fue el de un programa piloto. (Anexo 1). En el cual no sólo pretendemos que el alumno interprete al individuo en los diferentes aspectos bio-psico-sociales, sino que además sea capaz de aplicar los cuidados a los pacientes de una forma individualizada, desde el equipo de salud, proporcionando elementos tan indispensables en el aprendizaje práctico como son la motivación, la observación y la comunicación. Coincidiendo con T. Lluch y col. en la potenciación de los cuidados en base al concepto holístico de la persona.

Las prácticas se desarrollan durante una semana, en uno de los servicios de las diferentes materias anteriormente señaladas. Cuya metodología pedagógica va desde unos seminarios teórico-prácticos previos, a las prácticas clínicas propiamente dichas y a la planificación de un caso clínico.

La experiencia de este programa piloto, fue verificado por los propios alumnos, siendo este el propósito del estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población del estudio son los 70 alumnos del 2º cuatrimeste de 2º curso de la E.U.E. de Lleida, durante el curso académico 1993-94. La media de edad es de 24,58 años y un rango de 19 a 47; de los cuales el 91,42% son mujeres y el 8,57% son hombres.

El método es una trabajo descriptivo cuyo instrumento es una encuesta confeccionada técnicamente abierta, en la cual se pide la valoración por parte de los estudiantes de las prácticas integrales bajo tres variables claras: prácticas integrales, tiempo y servicios. la encuesta fue pasada de forma anónima a los alumnos en Junio 1994 después de una evaluación final. obteniendo una participación de 47,87%.

El tiempo, consideración por parte de los alumnos en la cantidad de horas desarrolladas en cada unidad de prácticas (40 h., 2 créditos), y en los servicios. Se valora la preferencia de los alumnos, así como la acogida de los profesionales, dándonos como resultado un sentimiento subjetivo de su estancia en los lugares de prácticas.

Entendiendo por prácticas integrales la valoración y actuación de los alumnos en el desarrollo de sus prácticas en los servicios adjudicados de una forma holística (bio-psico-social).

Para la tabulación se estableció una escala del 1 a 5, considerando el valor 1 el más insatisfactorio, excesivamente corto o poco interesante y los datos obtenidos describirá la opinión de los alumnos ante la experiencia piloto de las prácticas integrales.

RESULTADOS

Los datos obtenidos con relación a la idea de prácticas integrales, fueron del 48,5% (16) como muy interesante, 24,3% (8) interesante y el 27,2% (9) poco interesante (Fig. 1).

Gráfico 1

Respecto al tiempo de prácticas desarrollado, la opinión es el 45,5% (15) es excesivamente corto, 45,5% (15) muy corto, y 9% (3) corto (Fig. 2).

PRÁCTICAS INTEGRALES
OPINIÓN RESPECTO AL TIEMPO

Gráfico 2

En la tabla se observa que su estancia en los diferentes servicios ha sido del 36,4% (12) satisfactorio, 33,3% (11) poco satisfactorio, y el 30,3% insatisfactorio. Siendo el adjetivo más utilizado el de "indiferencia" (Fig. 3).

PRÁCTICAS INTEGRALES
OPINIÓN SEGÚN SERVICIOS

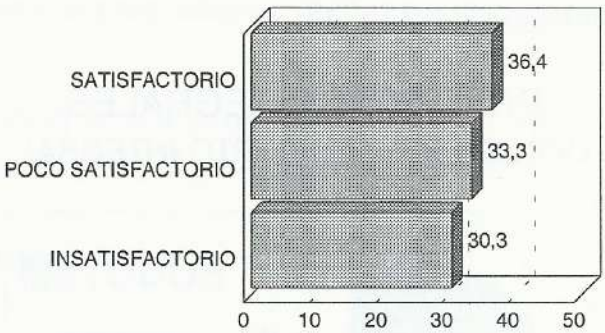


Gráfico 3

CONCLUSIÓN

Este programa piloto que presentamos, se ha desarrollado durante un curso académico siendo un tiempo escaso para la valoración definitiva del programa. A través de este estudio pretendemos realizar las posibles remodelaciones, partiendo de la opinión de aquellos a los que van dirigidos, "los estudiantes".

Las prácticas integrales han sido bien acogidas por los alumnos en lo que respecta a la idea de valoración y actuación integral de enfermería.

La valoración del tiempo desarrollado de una semana, en los diferentes servicios es muy corto. Opinión que comparten los diferentes profesionales consultados al respecto. Sin embargo la interacción en los diferentes servicios, refleja opiniones dispares, pero coinciden en utilizar el adjetivo de indiferencia, desmotivación mostrada por los estudiantes y profesionales, posiblemente por el handicap de saber que su paso por los mismos, era corto. A lo que debemos añadir las dificultades en la consecución de los objetivos planteados en el programa, limitando los criterios evaluativos del mismo.

Si tenemos en cuenta que la enseñanza de Enfermería es una disciplina inminentemente práctica, que consolida el proceso de aprendizaje, es evidente que el número de créditos clínicos asignados a estas materias son insuficientes, siendo imposible aplicar los conocimientos teóricos que se imparten en las aulas.

Debido a la aceptación de las "prácticas integrales" y la limitación temporal de los créditos clínicos, nos hemos planteado para el próximo curso académico la ampliación del período de prácticas de 1 mes en cada servicio, para lo cual el alumno podrá realizar sus créditos clínicos en una de estas cuatro materias; dándole la posibilidad de poder desarrollar los objetivos marcados en el programa.

Ante las dificultades que nos hemos encontrado, recomendamos:

1. Un análisis en profundidad de los planes de estudio para adecuarlos alas demandas profesionales.

2. Intentar consensuar entre las diferentes materias posibles alternativas.

3. Potenciar iniciativas integradoras dentro del proceso de aprendizaje dentro de la enseñanza de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Henderson Nife. Enfermería teoría y práctica. Vol 1. Papel de enfermería en la atención del paciente. 3 ed. Ed. Científica. México. 1987
2. Publicaciones de la O.M.S. Enfermería en acción. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1993
3. Marriner Ann. Modelos y teorías de Enfermería. Ed. Rol. Barcelona. 1989
4. Lluch T. y col. Una experiencia de Prácticas Integrales. AEED. Madrid. 1989
5. Bustos M.L. Las prácticas de Enfermería Maternal en el Currículum Básico.
6. Primeras Jornadas de Enfermería Materno-Infantil de Cantabria. Santander. 1990

ANEXO 1

Programa piloto de prácticas integrales

Prácticas integrales

Objetivos Generales

- Interpretar al individuo de forma holística.
- Aplicar los cuidados integrales a los pacientes de forma individualizada, desde el equipo de salud.

Objetivos Específicos

- Reconocer los aspectos bio-psico-sociales de los individuos.
- Valorar los factores que influyen en la salud y la enfermedad del individuo.
- Planificar y ejecutar los cuidados integrales e individualizados.
- Integrarse en los equipos de salud.

Objetivos Operativos

- Enumerar los factores bio-psico-sociales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad.
- Detectar los signos o problemas que influyen en el proceso de enfermar.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería de forma individualizada.
- Ejecutar las técnicas de enfermería adecuadas a cada individuo.
- Colaborar con el equipo de enfermería en todas las actuaciones.

Contenidos

- Contenidos de Enfermería Maternal.
- Contenidos de Enfermería Infantil.
- Contenidos de Enfermería Geriátrica.
- Contenidos de Enfermería de Salud Mental.

Organización

- Las prácticas se desarrollan durante una semana, en uno de los servicios de las diferentes especialidades, cuya distribución y organización de turnos quedará al criterio de la especialidad correspondiente.

Evaluación

- Se realizará desde tres aspectos:

  a) Actitudes.
  Por medio de informe procedente de la profesora de prácticas. (Documentación actitudes).

  b) Habilidades.
  Por medio de informe evaluativo de las mismas. (Documento habilidades).

  c) Conocimientos.
  Se valorará la capacidad de plasmar los conocimientos teóricos en la práctica clínica. Además el alumno tendrá que presentar un trabajo de prácticas (P.A.E.) en equipo.

Valoración

Conocimiento ..... 0,25 ..... 12,5%
Habilidades ..... 1 ..... 50%
Actitudes ..... 0,5 ..... 25%
Trabajo ..... 0,25 ..... 12,5%

Las notas de las prácticas serán de un 20%.
Las notas de teórica serán de un 80%.

Distribución

Enfermería Infantil	33%
Enfermería Maternal	27%
Enfermería Geriátrica	34%
Enfermería Psq. Salud Mental	6%

LA EVALUACIÓN FORMATIVA: UNA PROPUESTA PARA LA ASIGNATURA DE ENFERMERÍA MATERNAL

Carmen Terre Rull
Helena Vinas Llebot
Carmen Gómez Moreno

Profesoras de la asignatura de Enfermería Maternal
Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Barcelona

La evaluación se puede definir como «el proceso de obtener información y usarla para formar juicios que a su vez se utilizarán en la toma de decisiones». (Tembrink, 1981).

Este proceso por tanto implicara una recogida de información, emitir un juicio de valor y tomar decisiones.

Si a la evaluación la calificamos de educativa, significa que se realiza dentro o para la educación, por lo que será una actividad sistemática e intencional.

La evaluación ocupa un lugar importante en el proceso de enseñanza-aprendizaje, dado que es el medio a través del cual valoramos la calidad de este proceso y su resultado.

La evaluación va ligada, por tanto, a finalidades, objetivos, contenidos y actividades, cobrando sentido por servir de «feed-back» y para la posterior toma de decisiones.

Están descritas diferentes modalidades de evaluación:

EVALUACION INICIAL

Su propósito es ajustar el punto de partida del proceso instructivo del grupo.

Se comprueban los conocimientos que se tienen o los previos que se precisan para iniciar una asignatura, así como las expectativas del alumno.

Permite tomar diferentes decisiones: iniciar tal y como estaba previsto, dar fuentes de información complementarias (material, seminarios), introducir cambios y modificaciones en el contenido.

EVALUACION FORMATIVA

Tiene como objetivo determinar el grado de adquisición del aprendizaje para ayudar, orientar y prevenir tanto al profesor como al alumno de los aprendizajes no adquiridos o mal adquiridos y en consecuencia poder remediarlo en el transcurso del proceso.

La finalidad de la información obtenida no es calificar a los sujetos, sino informarles sobre su propio aprendizaje y así mejorarlo.

Esta evaluación permite mejorar el proceso didáctico. Puede ser útil para estimular el interés del alumno en trabajar la materia y además, ayuda a prevenir posibles fracasos que pueden darse si se aplica tan solo la evaluación sumativa.

Al docente esta modalidad de evaluación, le permite recibir información sobre la efectividad de sus enseñanzas.

Para ambos, docente y alumno, la evaluación formativa posibilita autocorregir las respectivas acciones del proceso enseñanza aprendizaje cuando dicho proceso esta todavía desarrollándose y es posible reconducirlo.

La evaluación formativa tiene una serie de requisitos:

- Ha de realizarse durante el proceso de instrucción.
- Se ha de fragmentar la materia en unidades de aprendizaje.
- Se han de elaborar instrumentos de evaluación que proporcionen la información necesaria.
- Se ha de informar a los alumnos de los resultados poniéndolos en común, atendiendo a las dificultades y dando sugerencias.
- Los resultados han de ser analizados con rapidez.
- No debe ser utilizada por el docente para sancionar.

Esta información permite al docente poder analizar los resultados de manera grupal, concretando los puntos de mayor dificultad y reconducirlos en el transcurso del proceso instructivo.

La evaluación formativa tiene las siguientes ventajas didácticas:

- Evita acumulación de errores o dificultades de aprendizaje
- Resulta motivadora
- Favorece la comunicación profesor alumno
- Actúa como factor de perfeccionamiento del profesor y del alumno.

EVALUACIÓN SUMATIVA O DE CERTIFICACIÓN

- Su finalidad es la asignación de puntuaciones y la certificación de que se han adquirido unos determinados niveles.
- Tiene una función social, ya que impide ejercer a las personas incompetentes.
- Debe realizarse al final de la enseñanza o de un período de aprendizaje determinado.
- No incide en la mejora del proceso instructivo de los propios alumnos, sino que incidirá en posteriores promociones.

En la actualidad, en la asignatura de Enfermería Maternal estamos desarrollando un tipo de evaluación sumativa en la que se efectúa un único control del alumno mediante el examen final.

Creemos que es muy difícil que en una única prueba o examen se pueda evaluar una muestra representativa del aprendizaje asumido por el alumno.

Los resultados que proporcionan cualquier tipo de instrumento contiene siempre un cierto grado de imprecisión, y si además se le añade el hecho frecuente que hay un buen número de alumnos con puntuaciones limite entre aprobado y suspenso, resulta imprudente tomar una decisión partiendo de una única prueba.

Es responsabilidad nuestra que los aprendizajes sean lo más significativos posibles para el alumno, y se han de buscar formas de evaluarlos coherentes con ellos.

Además, se ha comprobado que los individuos aprenden mejor si se les somete a una evaluación continua por que les ayuda a saber si trabajan bien. Cuando el que aprende toma una parte activa en el aprendizaje, adquiere este el máximo de eficacia.

Por todo ello, hemos valorado la necesidad de iniciar otro tipo de evaluación adaptándola a las características de nuestra asignatura dentro del contexto universitario y que se pondrá en marcha a partir del próximo semestre.

EVALUACION EN ENFERMERIA MATERNAL

1) Evaluación inicial

Para realizar una evaluación inicial o diagnóstica los alumnos el primer día de clase realizarán un cuestionario en que se valorarán conocimientos y actitudes relacionados con la salud en general y con la salud reproductiva de la mujer.

También se abordarán las expectativas del alumno en relación a la asignatura así como la experiencia profesional previa.

2) Evaluación formativa

Inicialmente se les explicará a los alumnos la importancia y los objetivos a cubrir mediante este tipo de evaluación.

A lo largo del curso se realizarán 6 pruebas evaluativas al finalizar las unidades temáticas de que se compone nuestro programa.

Estas pruebas evaluativas se corregirán en la misma aula por los propios alumnos.

Se comentarán en clase los puntos que necesitan clarificarse tanto en los contenidos de la materia como en los procesos mentales implicados en ellos.

Se valorarán temas de contenido teórico y actitudinales, incidiendo en aquellas actitudes mal integradas.

Se recogerán los controles con el fin de analizar las dificultades y los errores más comunes a nivel del grupo.

Si el docente al revisar los controles entiende que hay que realizar alguna precisión o clarificación en el proceso de aprendizaje incidirá sobre el mismo.

3) Evaluación sumativa al finalizar la asignatura

La práctica de la evaluación formativa supone una ventaja para asimilar los conocimientos de la asignatura. Por eso, la evaluación sumativa será mucho mas sencilla y la materia quedará más asimilada por el alumno.

Para aumentar la calidad de la decisión sobre la evaluación final del alumno, se precisarán un mayor numero de elementos evaluativos.

Por ello se le exigirá al alumno la presentación de un trabajo de enfermería maternal basándose en la atención de enfermería y que deberá exponer en un tiempo de 10 minutos en la clase teórico práctica.

Para efectuar el trabajo se realizarán 3 tutorías obligatorias: una previo inicio del trabajo, otra para valorar el esquema de trabajo y la revisión bibliográfica, y la última para comentarlo una vez finalizado.

El examen final tendrá una repercusión de un 80% y el trabajo y la exposición del mismo una repercusión del 20% en la nota final.

CONCLUSIONES

En general valoramos muy positivamente las ventajas de la evaluación formativa aunque somos conscientes que el poner en marcha este tipo de evaluación va a suponer un aumento en la carga docente tanto por su propia implementación como por el elevado numero de alumnos.

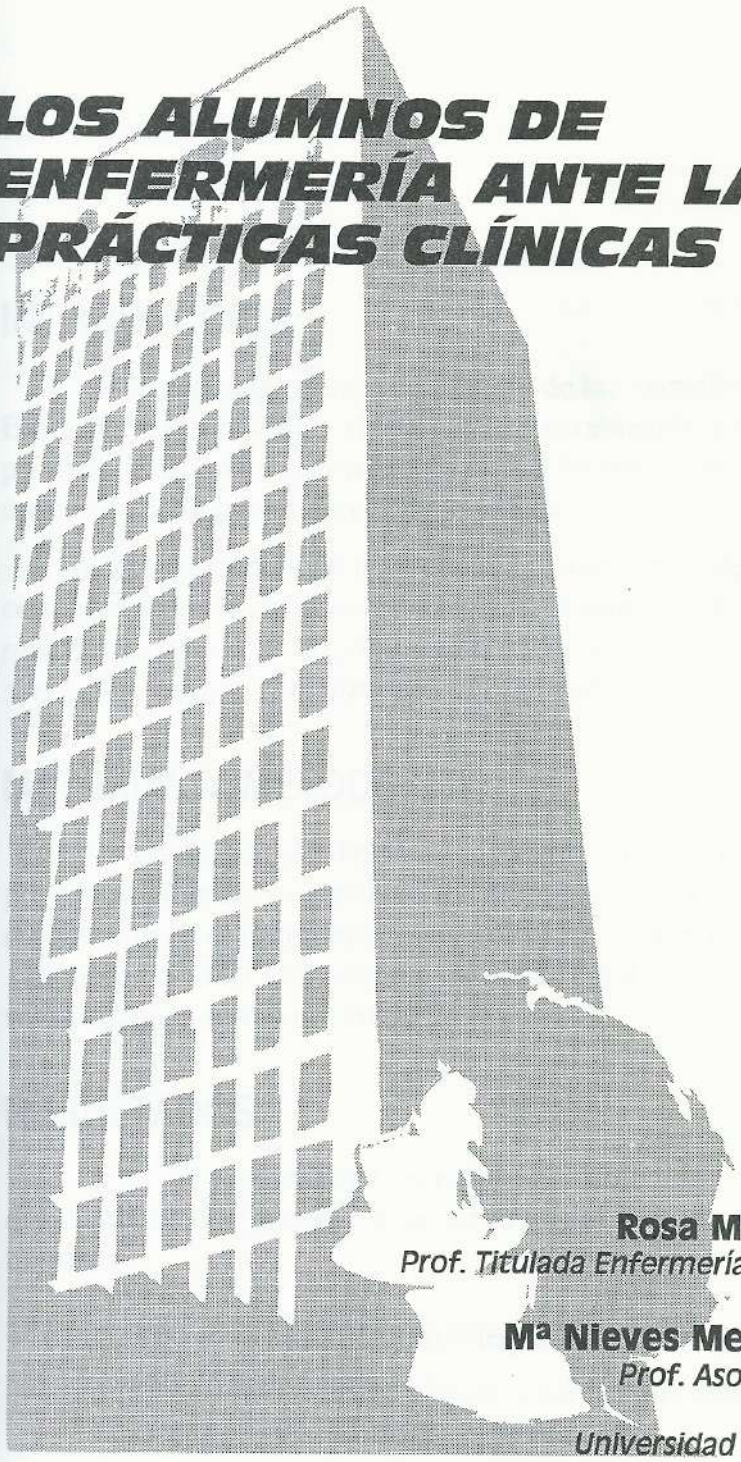
Entendemos que la evaluación no debe limitarse tan solo a calificar a los estudiantes y ayudarles a obtener un diploma, sino también al desarrollo de sus capacidades como futuros profesionales.

Esperamos que los resultados a obtener sean óptimos, y poder así mejorar el proceso de enseñanza aprendizaje en nuestra asignatura de Enfermería Maternal.

BIBLIOGRAFIA

1. Espín J.V. y Rodriguez M.: L'avaluació dels aprenentatges a la Universitat. Universitat de Barcelona. Barcelona 1993.
2. Tenbrink, T.D.: Evaluación. Guia práctica para profesores.Narcea.Madrid 1988.
3. Guilbert J.J.: Guia pedagógica para el personal de salud OMS. Ginebra 1981.
4. Cabrera F., Donoso T., Marín M.A.: Manual de formación pedagógica básica para formadores. PPU 1993.
5. Laffitte R.: La planificació de la docència universitària. Docencia Universitaria. Barcelona 1993.

LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS



Rosa Mª Rojo Durán
Prof. Titulada Enfermería, Direct. Depart.

Mª Nieves Merchán Felipe
Prof. Asociada de C. de S.

Universidad de Extremadura

INTRODUCCIÓN

En los actuales Planes de Estudio de las Escuelas Universitarias de Enfermería (Ord. Minit. 31/10/77), está establecido que el 50% del tiempo total destinado a la formación de los futuros profesionales de Enfermería sea dedicado al aprendizaje práctico.

Como docentes de la Escuela de Enfermería de Cáceres nos preocupa saber *«como valoran e integran los alumnos de nuestro centro las prácticas clínicas en su formación, así como, la relación con los profesores asociados y el equipo con el que trabajan»*.

MATERIAL Y MÉTODO

La obtención de datos se ha hecho a través de una encuesta de preguntas abiertas y cerradas a los alumnos de 2º y 3º, de los cuales han respondido en el momento del estudio 153: 35 son alumnos (22,88%) y 118 alumnas (77,12%) con una media de edad de 21,78 años. El estudio se ha hecho al inicio del curso 94-95.

RESULTADOS

A fin de racionalizar los resultados obtenidos, creímos adecuado dividirlos en dos grupos, de acuerdo a los objetivos que nos habíamos marcado.

1º En cuanto a la valoración e integración de las practicas clínicas:

- El 99,33% de los alumnos, sabían que debían realizar practicas clínicas al elegir la carrera.

- El 76,47% las consideraban fundamental.
- Prefieren realizarlas en Unidades de Hospitalización a realizarlas en Centros de Atención Primaria y dentro de las Unidades de Hospitalización o bien les es indiferente o se inclinan por el Area Médica por considerar que les aporta mayores conocimientos.
- Les resulta más cómodo si en las Unidades hay reducida presencia de familiares.
- Les satisface indistintamente realizarlas con adultos o niños.
- Consideran que el tiempo de permanencia en las rotaciones deberían establecerse según las unidades.
- El 92% prefieren el Sistema Modular para su formación.
- Dan un valor al aprendizaje práctico dentro de su formación entre el 75 y 100%.
- Lo que les preocupa, más que la patología y la relación con el equipo, es el conocimiento y dominio de técnicas, aparataje, etc...
- Así como, lo que más les inquieta al realizar las prácticas, es su propia desconfianza por encima de la del paciente o del profesional que tienen a su lado.

2º En cuanto a la figura del Profesor Asociado y la relación con el Equipo en las Prácticas.

- Se sienten indiferentemente apoyados haya Profesor Asociado o no en la Unidades, aunque, creen adecuado acceder a ellas después de un primer contacto con el profesor sobre dinámica de trabajo, aparataje, técnicas más realizadas, protocolos, planes de cuidado, etc., existentes en las Unidades.
- Les resulta más fácil la comunicación con los Enfermeros quienes a su vez les aportan mayores conocimientos.
- En una escala del 1 al 10, le dan una valoración al profesor asociado de 5,6.

CONCLUSIÓN

- Tras analizar los resultados obtenidos podemos concluir diciendo:
- Desde la Escuela nos debemos plantear cambiar las actitudes de los alumnos para que valoren en un 50% más o menos los conocimientos tanto teóricos como prácticos.
- Conseguir aumentar el número de Profesores Asociados para que la relación con ellos sea más directa al tener menos alumnos por profesor y cambiar así el concepto que ellos tienen de esta figura.
- Mayor interconexión entre los profesores de teoría y los profesores asociados buscando conjuntamente soluciones.
- Hacer un seguimiento en años sucesivos para poder ir mejorando día a día la calidad de la docencia y así formar a los futuros profesionales con una mentalidad más preventiva y comunitaria y no tan mayoritariamente hospitalaria y técnica.

ENSEÑANZA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE SITUACIONES REALES

Lourdes Rubio Rico
Mª Asunción Ferrater Cubells
Elisa Vidal Esteve
Sagrario Acebedo Urdiales

E.U.E. Rovira y Virgill
Tarragona

INTRODUCCIÓN

En nuestra experiencia como profesionales docentes y asistenciales, hemos tenido la oportunidad de comprobar reiteradamente las dificultades existentes para llevar a cabo adecuadamente el Proceso de Enfermería (P.E.). Continua sin ser una práctica habitual en el ejercicio enfermero.

Teniendo en cuenta la realidad actual, en la que se cuestiona la necesidad de la formación universitaria para el ejercicio enfermero, en frente de la formación de carácter eminentemente técnico, el P.E. muestra de manera muy concreta el campo de actuación del «como hacer» enfermero.

Sin embargo, su puesta en práctica es incuestionable, tanto desde el punto de vista del servicio que nuestra profesión debe de aportar a la asistencia para que los cuidados estén en el marco de la excelencia, como desde el punto de vista más pragmático de que nuestra profesión, si continua ofreciendo un servicio basado en los tratamientos médicos, quedará sin sentido con la aparición de las nuevas titulaciones de formación profesional.

Muchos y variados son los motivos que desde la práctica asistencial pudieran ser objeto de hipótesis y de estudio sobre la no puesta en práctica del P.E. tanto en el medio hospitalario como en la asistencia primaria: La elevada carga asistencial. La dinámica del trabajo que impone la rutina de curas y tratamientos médicos. La falta de motivación. La falta de conocimientos y habilidad sobre el método. Siendo muy conscientes de la necesidad de estudiar estos aspectos y de trabajar sobre sus resultados a medio y largo plazo nos planteamos cual puede ser la hipótesis

desde la docencia que repercute en esta falta de sistematización del Proceso y es en este sentido que nos planteamos como posible que nuestros alumnos no terminen sus estudios con el suficiente conocimiento y habilidad en el manejo del P.E. Para corregir esto, el nuevo plan de estudios incluye las materias troncales de Fundamentos de enfermería y E. Médico-Quirúrgica, que se complementa con una asignatura optativa sobre «Control de calidad de los cuidados de enfermería», que aporta al alumno el conocimiento práctico sobre como evaluar una situación de cuidados, así como la elaboración de protocolos que mejoran dichas situaciones.

Puesta en práctica de los seminarios

Si bien, como método didáctico, el estudio de situaciones en nuestra materia siempre se ha utilizado, lo que expondremos a continuación es el método seguido, que tiene como objetivos, además del estudio de los problemas que en cada momento tienen que ver con el tema de la materia trabajada, el que el alumno adquiera habilidad en el uso del Proceso.

1) **Trabajo previo del profesorado**- Elección por parte del profesorado de las situaciones a trabajar. Discusión y elaboración de cada situación de modo que quede consensuado el análisis de dicha situación y que permita la obtención de un modelo para la valoración. Proposición del estudio de una situación en grupos, con un máximo de cinco grupos por profesor.

2) **Distribución de los alumnos por grupos**, con un máximo de seis integrantes y un mínimo de cinco. Grupos que deberán mantener su configuración constante a lo largo de los seis seminarios.

3) **Trabajo en el grupo** - Se procede: Lectura previa de la situación. Confrontación de los datos de la situación con el modelo mental que los alumnos tienen en relación a la valoración del paciente. Organización y valoración de los datos por necesidades. Discusión entre los grupos del análisis de

necesidades. Realización por grupos del plan de cuidados teniendo como referencia los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Discusión entre grupos de dicho plan.

4) **Revisión de los trabajos** según criterios de valoración preestablecidos. Devolución del material corregido. Discusión de los resultados en tutorías.

OBJETIVOS

- Demostrar la utilidad del análisis de situaciones reales en el aprendizaje del P.E.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

El material utilizado es el trabajo de los diez grupos durante el curso académico 1993-94. La metodología seguida se inicia por la revisión de los trabajos realizados según criterios de valoración preestablecidos.

Sigue con la valoración de los resultados de los seminarios primero y sexto.

Finaliza con evaluación de la evolución de los resultados a lo largo de los seminarios.

Los parámetros de valoración establecidos son:

1) Análisis de necesidades según modelo.
2) Formulación de problemas según los Diagnósticos de la NANDA.
3) Factores relacionantes según Diagnósticos de la NANDA.
4) Manifestaciones descritas ajustadas al diagnóstico.
5) Resultados esperados ajustados en relación a los diagnósticos y actuaciones propuestos.
6) Formulación de resultados esperados en positivo.
7) Formulación de resultados esperados medibles.

8) Planificación de cuidados relacionados con los resultados esperados.

9) Especificidad y concreción en la planificación de cuidados.

Criterios de valoración

Se valorará cada uno de los parámetros de forma independiente. Se considerará válido cuando estén presentes como mínimo las 2/3 partes del parámetro a valorar.

TABULACIÓN DE RESULTADOS

Los parámetros que más dificultad entrañaban al principio eran:

- Análisis de necesidades- Damos importancia a este parámetro porque permite al alumno adquirir un modelo enfermero en su trabajo con el proceso.
- Factores relacionantes según diagnósticos de la NANDA- Consideramos relevante este parámetro ya que el alumno aprende a relacionar causa / efecto, lo cual repercute en una adecuada planificación de los cuidados.
- Formulación de resultados esperados en positivo- El resultado es de interés en tanto en cuanto ayuda al alumno a tener una visión positiva del resultado esperado.
- Formulación de resultados esperados medibles- La importancia de este parámetro radica en el grado de dificultad que le supone al alumno plantearse resultados de manera observable y medible.
- Especificidad y concreción en la planificación de cuidados- En relación a este parámetro los alumnos tienden a generalizar en la planificación de los cuidados, sin especificar aquello que concretamente harían. El valorar este aspecto de la planificación ayuda a que el alumno aprenda a transcribir aquello que realmente va a hacer en relación al problema.

CONCLUSIONES

- Valoramos el estudio de situaciones en seminarios como fundamental y positivo puesto que permite al alumno adquirir habilidad en el manejo del P.E.
- Este conocimiento facilita el uso del Proceso en la práctica clínica, la cual posibilita al alumno trabajar aquellas partes del P.E. que no se han podido elaborar durante el seminario, como son la recogida de datos mediante la entrevista y la observación, la puesta en práctica de las actividades y la evaluación de los resultados.
- La participación en las sesiones clínicas inicia al alumno en una dinámica de discusión y análisis sobre su trabajo.
- Paralelamente a la adquisición de habilidades en el manejo del Proceso, este trabajo en sus aspectos teórico-prácticos, posibilitará que los alumnos tomen conciencia de las ventajas que su utilización implica en la práctica profesional. **Según Marie Françoise Collière en su libro «Promover la vida»** : «Las competencias que caracterizan una profesión se desprenden de un conjunto de conocimientos organizados. La adquisición de competencia profesional requiere pues, un dominio previo o paralelo de los fundamentos teóricos de esta competencia».

«Dime qué conocimientos utilizas para prestar cuidados y cómo los empleas y te diré que clase de cuidados das».

BIBLIOGRAFIA

1. ALFOR, R. (1992). Aplicación del Proceso de Enfermería. Doyma Barcelona.
2. COLLIERE, Mª F. (1993). Promover la vida. Ed. Interamericana.
3. LUIS, Mª T. (1993) Diagnósticos de enfermería. Doyma Barcelona.
4. MARRINER, A (1989). Modelos y teorías de enfermería. Ed Rol S.A. Barcelona.
5. RIOPELLE, L.; GRONDIN, L.; PHANEUF, M. (1993). Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Interamericana Madrid.

ANEXO

ANÁLISIS DE NECESIDADES

10 grupos

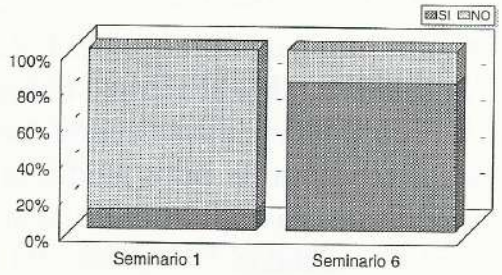


Gráfico 1

FORMULACIÓN DE PROBLEMAS

10 grupos

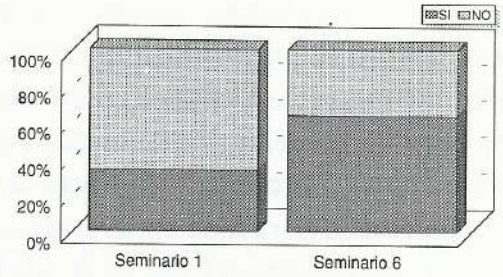


Gráfico 2

FACTORES RELACIONADOS

10 grupos

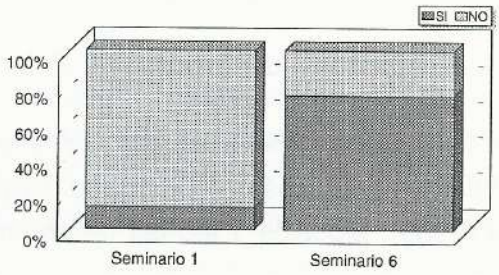


Gráfico 3

MANIFESTACIONES AJUSTADAS AL DIAGNÓSTICO

10 grupos

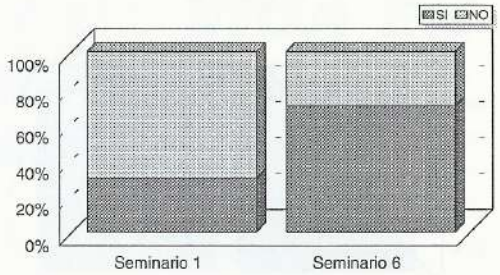


Gráfico 4

RESULTADOS ESPERADOS EN RELACIÓN A LOS DIAGNÓSTICOS

10 grupos

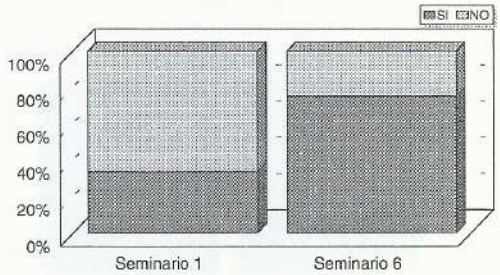


Gráfico 5

FORMULACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS EN POSITIVO

10 grupos

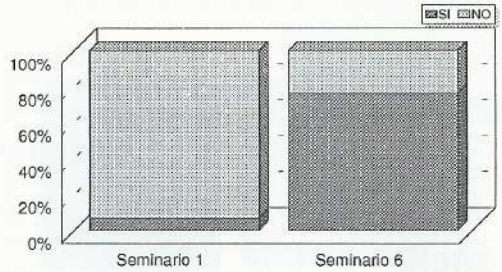


Gráfico 6

FORMULACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS MEDIBLES

10 grupos

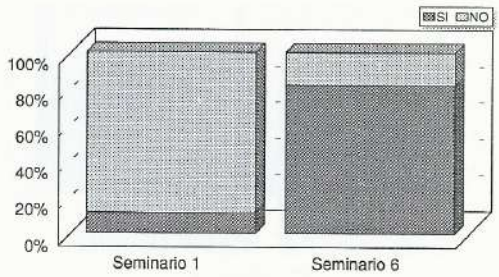


Gráfico 7

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS RELACIONADOS CON LOS RESULTADOS ESPERADOS

10 grupos

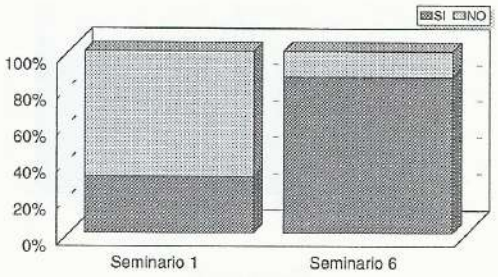


Gráfico 8

ESPECIFICIDAD Y CONCRECIÓN EN LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

10 grupos

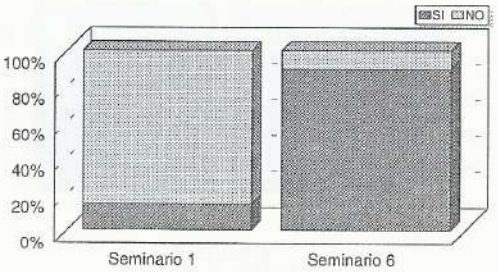


Gráfico 9

ESTILOS DE VIDA EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA

Palmira Rius Tormo
Enfermera, Profesora de Enfermería Comunitaria
E.U.E. de Lleida

Hortensia Cuadra Camprubí
Enfermera, Profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica
E.U.E. de Lleida

Elena Giribet Rubiol
Matrona, Profesora de Enfermería Maternal
E.U.E. de Lleida

Las Escuelas Universitarias de Enfermería, son terreno idóneo para el estudio, la búsqueda, la reflexión y discusión de materias y conocimientos, que en el devenir de los tiempos se van adaptando a las necesidades y a las circunstancias socio-culturales y políticas de salud (entiéndase SIDA, minorías étnicas, reconversión industrial, neocolonialismo entre otras ...), es desde las aulas, que deberíamos mostrar una ventana a la realidad actual, al tiempo, a lo variable, e incluso a lo anticipado [1].

Es en las asignaturas optativas donde podemos ofrecer un abanico de contenidos que amplíen aspectos de la troncalidad y que refuercen o amplíen temas y contenidos que por afinidad, simpatía o interés escogen los alumnos [2].

Por estas razones, el curso académico 1993/94, hemos implantado en nuestra Escuela una asignatura optativa denominada: *Estilos de vida saludables y promoción de la salud.*

Partiendo de la Enfermería Comunitaria y contando con los aspectos conductuales y sociológicos que pueden inferir y repercutir en la persona individualmente, en el grupo familiar y como esta persona es parte integrante de la sociedad, con la pretensión y la ilusión de impulsar este concepto tan amplio y social de la Enfermería y generar en los futuros profesionales unas actitudes y aptitudes adecuadas.

Vamos a escribir el contexto

En cuanto a la salud, hay unanimidad general que debe promocionarse y se considera una declaración de principios y buenas intenciones por parte de los organismos públicos desde la Constitución de nuestro país, la Ley General de Sanidad, los Planes Estatales de Salud, hasta las máximas organizaciones mundiales en materia de salud.

Los principios enumerados en cuanto a la promoción de la salud se ampliaron en la llamada "Declaración de Otawa para la promoción de la Salud" en 1986.

¿Qué se puede entender por estilo de vida?

Desde la perspectiva sociológica actual, existen diversas escalas que propugnan métodos de análisis para el conocimiento de la realidad, uno de los máximos impulsores de Bernard Cathelat, colaborador del Centro de Comunicación Avanzada.

Surge una primera definición en la obra de Burton "The Anatomy of Melancholy" en 1621 en referencia a la depresión, como característica individual de ciertas personas, y su forma de vivir [7].

Es Weber (1864-1920), el pionero en introducir dentro del campo de las ciencias sociales el concepto de estilo de vida en el sentido de modo social de vivir.

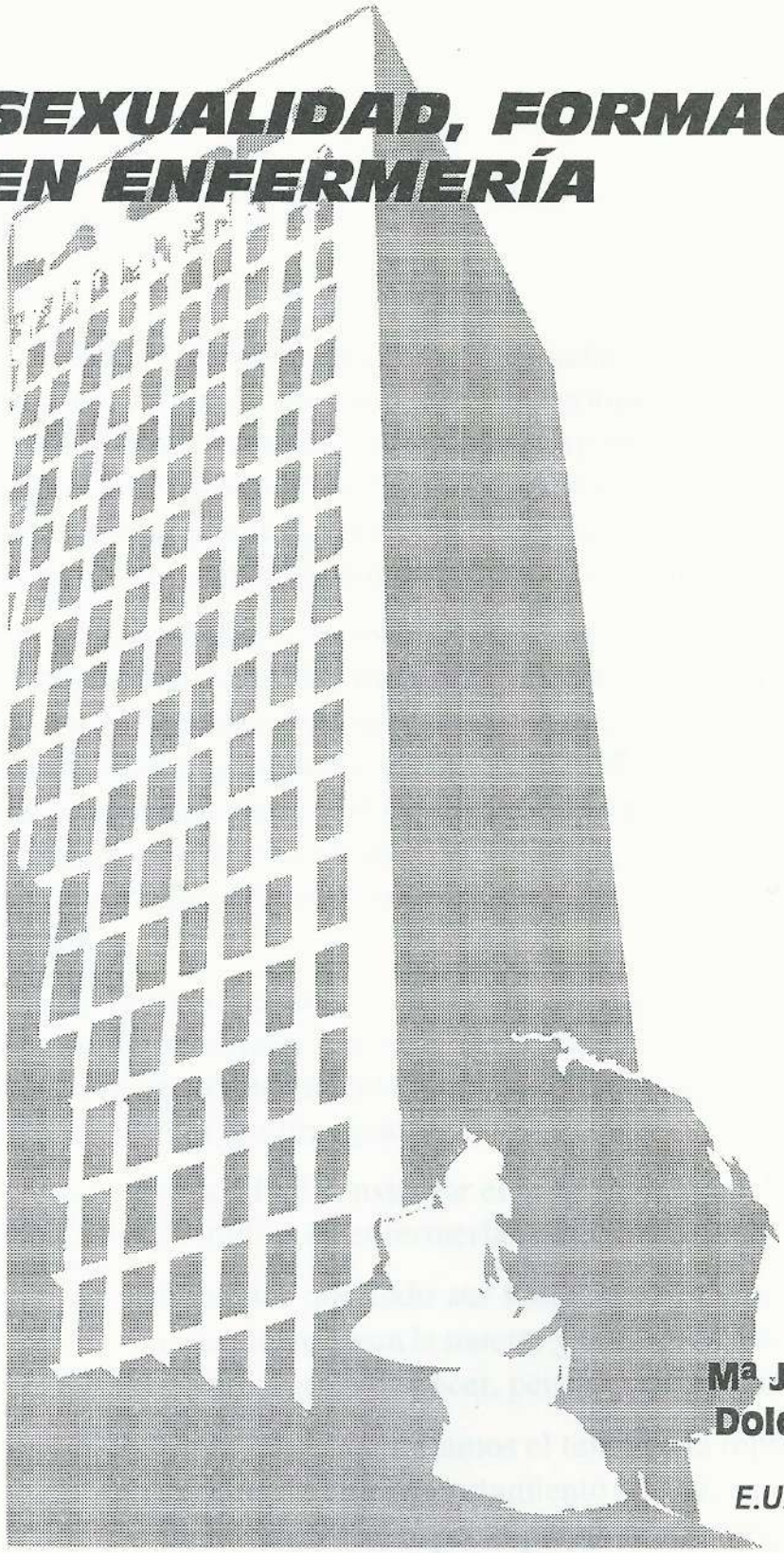
¿Para qué?

Cuando se origina un "clic" en nuestra percepción de las cosas y ponemos delante de nuestros conocimientos un prisma más amplio, más fraccionador, y más diverso surgen preguntas, incógnitas y silogismos que agudizan el intelecto y amplían el horizonte de la comprensión y entonces alguna cosa ha cambiado ya, porque podemos ser más relativistas, tolerantes, comprensivos/as, y diferentes, todo ello ayudará a ser más persona y mejor enfermera/o.

BIBLIOGRAFÍA

1. NÚÑEZ, C.: "Educar para transformar". México: Editorial Imdec. 1985. (53-54).
2. SERIES MANUALES DE ENFERMERÍA: "Enfermería Comunitaria I". Barcelona: Masson-Salvat. Enfermería. 1992. (32-36).
3. PINEAULT, R.; DEVELUY, C.: "La Planificación Sanitaria". Barcelona: Masson. 1987. (20-31).

SEXUALIDAD, FORMACIÓN EN ENFERMERÍA



Mª Jesús Montes
Dolores Burjalés

E.U.E. Rovira i Virgili
Tarragona

Hemos considerado que estas jornadas son una buena ocasión para compartir el tema de la sexualidad y del porqué lo consideramos necesario en la formación de las enfermeras. Expondremos la manera en como lo hemos estructurado en nuestra Escuela, con el fin de que, una vez presentada la comunicación, conocer como se trata en otras escuelas, que temas son considerados de interés o si el tema en sí, es interesante.

Para comenzar, observamos que el saber sobre sexualidad, en nuestro currículum, se encuentra repartido en diferentes áreas. Lo encontramos en Enfermería Psicosocial como un aspecto que interviene en la personalidad y la conducta, en Enfermería Médico Quirúrgica tratado en alteraciones que impliquen los órganos de reproducción y se vea afectada esta necesidad, en Enfermería Geriátrica, como respuesta en el anciano y sobretodo en Enfermería Maternal junto con la reproducción y planificación.

Es en este área donde, en el plan de estudios anterior, dedicábamos unas horas para tratar del tema de la sexualidad. Actualmente, con la reducción de créditos resulta imposible esta dedicación, con lo que propusimos una asignatura optativa.

La necesidad de considerar el tema de la sexualidad más ampliamente en los estudios de enfermería, viene dado por:

a) Entender que todo ser humano es un ser sexual, desde su nacimiento hasta la muerte y este ser sexual está reflejado en nuestra forma de hacer, pensar y relacionarnos.

b) En E. Maternal tratamos el tema de la reproducción, consecuencia de un comportamiento sexual, aquí la sexualidad es tratada desde el aspecto puramente biológico. Entendemos

que la sexualidad es algo mas, que encierra aspectos sociales, psicológicos, afectivos y otros, merecedores de una valoración o estudio más profundo y crítico.

c) Por otro lado, el marco legal español, permite pero no garantiza la educación sexual en la escuela . Cada centro, cada profesor, hace lo que considera más oportuno, estando ausente casi siempre un verdadero programa de Educación Sexual. Por ello nos preguntamos ¿que formación tienen nuestros alumnos respecto a la sexualidad?

Si entendemos que la sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano, consideramos que debe ser tratada con el rigor y seriedad que se da a toda ciencia.

d) La enfermera/o va a encontrarse en múltiples ocasiones en que el usuario necesite aclarar dudas sobre su sexualidad tras una enfermedad, cirugía, tratamiento o sencillamente poner límites a manifestaciones sexuales no adecuadas.

Pensamos que si se ha trabajado de forma clara y abierta las actitudes, valores o tabúes sexuales en la escuela, el alumno, podrá ser capaz de afrontar el tema con mayor madurez, serenidad y tolerancia, sintiéndose más cómodo y libre de prejuicios.

e) Las enfermeras tienen un papel a realizar dentro del equipo multidisciplinario en la promoción de la salud, en el que es posible que se incluyan programas de educación sexual en la escuela.

f) Consideramos que la sexualidad está reflejada en las normas y valores culturales, en los intereses políticos y sociales y no solo en la individualidad. Muchos aspectos de la vida sexual de los seres humanos, están regidos por estos valores e intereses. El análisis que se realiza de ello puede ayudar al alumno a aumentar su observación y capacidad crítica a la vez de favorecer el relativismo.

Por todo lo expuesto, hemos creído que es necesario dedicar un tiempo a este tema y nuestra propuesta es la optativa de sexualidad, a la que, en un inicio, hemos dedicado 1'5 créditos con la perspectiva de ampliarla en próximos años a 3 créditos.

PROGRAMACIÓN

Para la elaboración del programa tomamos como punto de partida la definición de la O.M.S (1975) sobre salud sexual:

«Integración de aspectos somáticos, afectivos, intelectuales y sociales de la vida sexual de forma que sean positivamente enriquecedores y realcen la personalidad, la comunicación y el amor».

Así como la integración del concepto de salud O.M.S (1948)

« Un estado completo de bienestar físico, mental y social...

Y del congreso de Perpinyá (1976)

«Una manera de vivir cada vez mas autónoma, solidaria y feliz».

PROPÓSITO

Nuestro propósito en la formación de los alumnos es:

- Que el alumno adquiera los suficientes conocimientos en materia de sexualidad y sus diversas manifestaciones, entendiendo así mismo, aspectos de expresión de afecto, comunicación, autoestima, respeto y todos aquellos inherentes a un comportamiento sexual saludable que favorezca el desarrollo personal y un más alto nivel de salud.

OBJETIVOS

- Entender la sexualidad como parte integrante del individuo tanto en la salud como en la enfermedad.
- Favorecer una concepción normalizada y positiva de la sexualidad humana y sus manifestaciones.

- Adquirir como promotores de la salud, actitudes, valores y normas positivas, responsables y tolerantes.
- Potenciar el desarrollo de la autoestima y respeto a uno mismo y a los otros.

TEMARIO

Para la programación de los temas, revisamos otros programas de Educación Sexual y en todos ellos se hace referencia a la anatomía, anticoncepción, embarazo, aborto... etc, temas que están incluidos en la troncal de Enfermería Maternal, con lo que nuestra propuesta para la optativa es tratar los siguientes:

- Conceptos básicos. Sexualidad afectividad.
- Evolución histórica de la sexualidad.
- Dimensión social y cultural.
- Respuesta sexual humana.
- Sexo, sexualidad.
- Comportamiento sexual humano en sus diferentes etapas y transiciones
- Disfunciones sexuales.
- Parafilias.
- Sexo y poder. Agresiones.
- Efectos de la enfermedad sobre la sexualidad.
- Educación sexual.

METODOLOGÍA

La metodología que hemos utilizado de forma más generalizada ha sido el trabajo en grupos, role playing o trabajo individual a partir de la exposición de una clase magistral o la información por medio de audiovisuales.

La sexualidad, al ser una vivencia personal, resulta más sencillo la comunicación en grupos naturales y reducidos. Consideramos que los

alumnos realizan una gran parte de su aprendizaje compartiendo en el grupo.

RECURSOS

Los recursos de que disponemos y que han sido de una gran ayuda son:

- Videos: Curarse en Salud. TV3
  - Evolución de la sexualidad.
  - Respuesta sexual humana.
  - Parafilias.
- Instituto de la Mujer
  - La coeducación.
  - Mujer y publicidad.
  - Agresiones.
  - Del azul al rosa.
  - Identidad individual y coeducación.
- José Luis García.
  - De tu a tu.
  - Ternura se escribe sin «h». (Homosexualidad)

VALORACIÓN

Se realizó de la siguiente forma:

Una valoración inicial:

Se pasó un cuestionario en el que se reflejaran los conocimientos, actitudes y valores del alumno respecto a la sexualidad, así como los temas que consideraran que debían ser tratados.

La valoración final:

- El mismo cuestionario inicial para conocer si se realizaron cambios.

- Un trabajo individual o de grupo relacionado con los temas tratados.
- La valoración de la programación, estructura y desarrollo de la asignatura y sus profesores.

Vamos a comentar esta última valoración.

En la valoración inicial se reflejaba el resultado de que los alumnos, tenían suficiente información, así como valores y normas responsables, con lo que nos planteamos en algún momento que es lo que podíamos aportar las profesoras. En cambio la valoración final aporto mayor claridad. A las preguntas planteadas de si los temas fueron de interés, si aportaron nuevos conocimiento o si son útiles para su formación, un 93'61% lo valoraron entre bueno y excelente y a las preguntas relacionadas con la consecución de objetivos, reflejaron similares resultados.

CONCLUSIÓN

Por nuestra experiencia, valoramos como muy interesante incluir el tema de la sexualidad en la formación de la enfermera/o ya que, aún poseyendo una formación adecuada, se da al alumno la posibilidad de ampliar sus conocimientos, tratarlos de forma clara y abierta y percibir la sexualidad en todas sus perspectivas tanto sociales, culturales como personales, sin olvidar la dimensión afectiva y de realización personal que aporta la sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. **CARROBLES, J.C.:** Terapia sexual. Ed. UNED. Fundación Universidad-Empresa. Madrid 1990.
2. **DELGADO, M.:** Sexualidad en la sociedad contemporánea. UNED. Ed. Fundación Universidad-Empresa. Madrid 1991.
3. **FONT, P.:** La pedagogía de la sexualitat. Ed, Graó. Barcelona 1991.
4. **INSTITUTO DE LA MUJER.:** Ministerio de cultura. Salud I : Guía de anticonceptivos y sexualidad. Salud VII : Adolescencia.
5. **KATCHADOURIA, H.:** La sexualidad humana. Un estudio comparativo de su evolución. Ed, Fondo de Cultura Económica. México. 1983.

6. **KITZINGER, S.:** La mujer y su experiencia sexual. Ed, Círculo de Lectores. Barcelona. 1986.

7. **KOLODNY, C. Y COLS.:** Manual de sexualidad humana. Ed, Pirámide. Madrid. 1982.

8. **LOPEZ SANCHEZ,F.:** Educación sexual. UNED. Ed, Fundación Universidad-Empresa. Madrid. 1990.

9. **MARQUES, J.V.:** Sexualidad y sexismo. UNED. Ed. Fundación Universidad-Empresa. Madrid. 1991.

10. **MASTER, W. JHONSON. V.:** Respuesta sexual humana. Ed, Interamericana. Buenos Aires. 1981.

11. **MORENO BERNARDO.:** La sexualidad humana, estudio y perspectiva histórica. UNED. Ed. Fundación Universidad-Empresa. Madrid 1990.

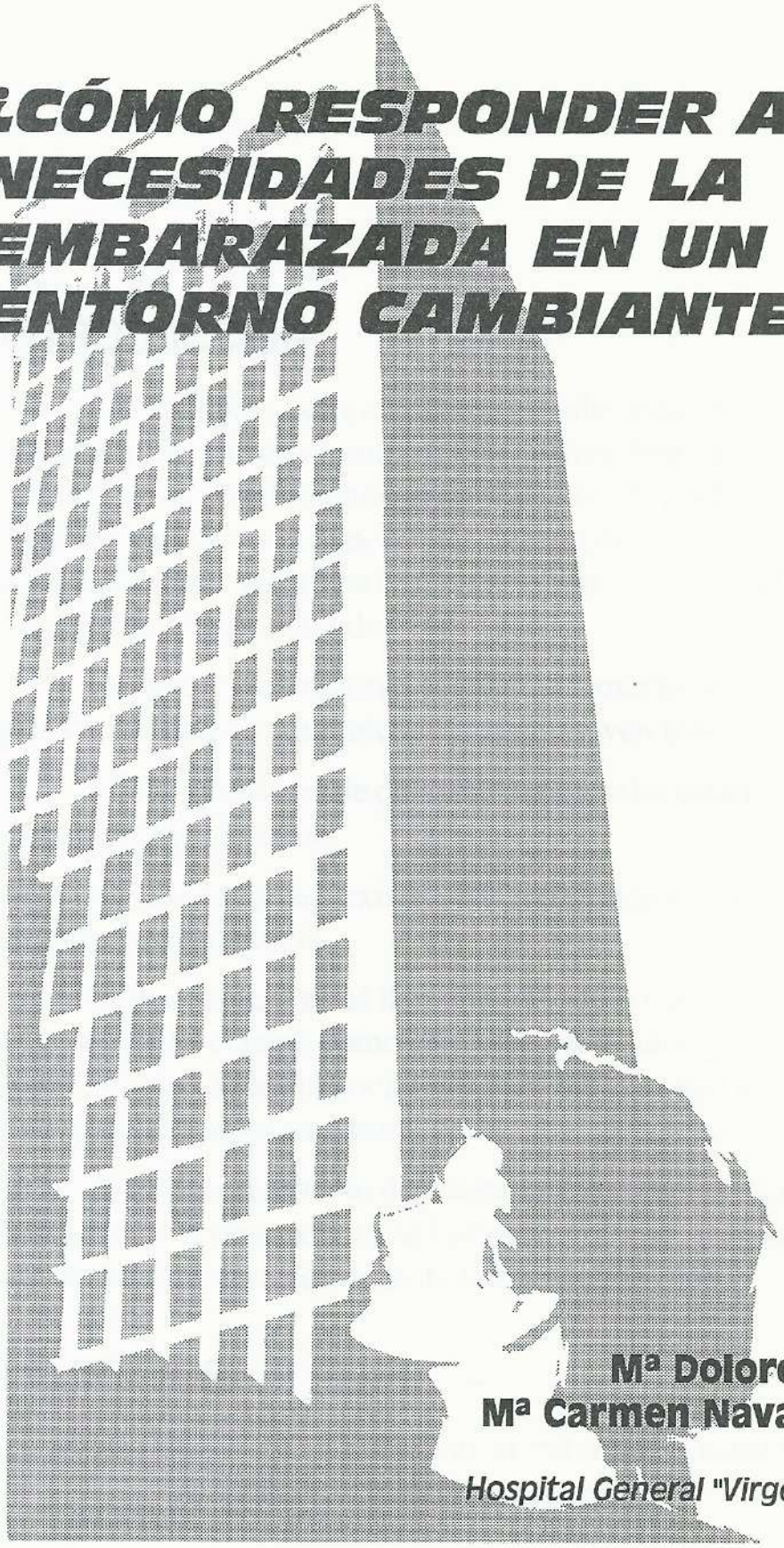
12. **NIETO, J.D.:** Cultura y sociedad en las prácticas sexuales. UNED. Ed. Fundación Universidad-Empresa. Madrid 1989.

13. **O.M.S.:** Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud. Serie d'Informes Tècnics, 572. Ginebra. 1975.

14. **SINGER KAPLAN.: La** nueva terapia sexual. Vol I-II. Ed, Alianza. Madrid. 1978.

15. **VALLE,T. SANZ, C.:** Genero y sexualidad. UNED. Ed, Fundación Universidad-Empresa.Madrid. 1991.

¿CÓMO RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LA EMBARAZADA EN UN ENTORNO CAMBIANTE?



Mª Dolores Pozo Cano
Mª Carmen Navarro Jiménez

Hospital General "Virgen de las Nieves"
Granada

INTRODUCCIÓN

Los modelos de cuidados maternales están cambiando, particularmente en los últimos tiempos. Los proveedores de cuidados en todo el mundo, están considerando cada vez más a la madre en el contexto de su familia y entorno y la experiencia del embarazo y el nacimiento, como un acontecimiento significativo, en relación con el cual la pareja tiene el derecho de elegir y decidir.

Los grupos comunitarios particularmente interesados, favorecidos por los medios de comunicación, promueven estos cambios.

Los proveedores de cuidados maternales están adaptando sus prácticas a las nuevas ideas.

En la actualidad, existen dos movimientos importantes que discurren de forma paralela:

El que se basa en el llamado «Modelo médico del parto», según el cual, se define el parto como un problema médico y altamente tecnificado, y el llamado «Modelo social del nacimiento» que concibe a éste, como una parte del proceso natural de la vida.

Este último modelo de cuidados maternales, da más importancia a la madre en el contexto de su familia y entorno, y considera la experiencia del nacimiento, como un acontecimiento vital.

OBJETIVOS

1. Respetar y preservar al máximo la naturalidad del proceso de gestación parto y puerperio.

2. Asegurar el bienestar del binomio madre-hijo tanto en los aspectos técnicos como psicológicos.
3. Difundir y desarrollar los distintos modelos de cuidados entre los usuarios, para que ellos puedan elegir libremente el que más se adecue a sus necesidades y deseos.
4. Asegurar la satisfacción de todas las necesidades de la pareja.
5. Respetar y mantener las tradiciones culturales y religiosas.
6. Conseguir un coste más bajo de los cuidados.

Como respuesta a las necesidades e inquietudes de las gestantes, han surgido unas recomendaciones sobre los derechos de la embarazada y el recién nacido, reconocidas por la O.M.S. y países de la C.E.E. A través de estas recomendaciones, las mujeres piden se tengan en cuenta sus necesidades y deseos, para poder vivir su parto como una experiencia positiva y gratificante.

Las matronas, como proveedoras de cuidados, estamos contribuyendo a que de forma paulatina se vayan aceptando e implantando estas recomendaciones, aunque, hemos tenido que pasar, en la mayoría de los casos por auténticas «crisis», pues no es fácil abandonar el rígido y estricto modelo tecnificado en el que fuimos formadas, por el modelo social del nacimiento, en que es la gestante y no el personal sanitario, la que tiene todo el protagonismo.

Dado el corto espacio de tiempo de que disponemos, citaremos sólo las respuestas a algunas de estas necesidades que tienen las embarazadas.

> *«El bienestar psicológico de la madre debe estar asegurado, no solamente por la posibilidad de recibir visitas durante el período pre y postnatal, sino también por la presencia de una persona de su elección, durante el parto, fundamentalmente su pareja».*

En nuestro caso fue necesario un cambio en la estructura antigua de la unidad de dilatación y partos, para que la pareja o cualquier persona elegida por la gestante pudiera tener acceso a la misma, ya que la mayoría de las mujeres desean que su compañero esté junto a ella durante la dilatación y el parto y pueda participar del mismo.

En un principio, sólo se permitía el acceso a los maridos de aquellas embarazadas que habían hecho el curso de Educación Maternal en nuestra propia institución, discriminando a las gestantes que por circunstancias personales o por ser de lejos de la ciudad no hubieran podido hacerlo. Un requisito fundamental, era que el médico autorizara la presencia o no del marido, sin tener en cuenta los deseos de la embarazada.

Estas normas tan rígidas como injustas han cambiado, gracias a la perseverancia de las matronas, y en la actualidad, es la gestante, que previamente es preguntada, la que decide con quien y cuando desea estar acompañada. Curiosamente, este hecho es tan normal y cotidiano, y los nuevos residentes lo viven con tanta naturalidad, que ninguno se plantea que haya que solicitar autorización, habiendo desaparecido la reticencia por parte médica a la presencia del marido durante la dilatación y en el parto, salvo en aquellos casos en que exista alguna contraindicación.

«Durante el embarazo la mujer tiene derecho a:

1. **Ser informada de todo lo relacionado con el parto y recibir la mejor asistencia.**

2. **Asistir a cursos de preparación al parto».**

Durante el curso de Educación Maternal, se informa a las madres no solamente sobre su preparación para el momento de la dilatación y parto, sino que también se hace sobre su cuerpo, su salud y la de su familia, los cambios que va a experimentar durante el embarazo, los cuidados del recién nacido y el puerperio, valorando los factores psicológicos, sociales y emocionales, intentando aclararles sus dudas y temores, ayudándolas a eliminar las fantasías negativas, que durante este período aparecen y que frecuentemente refuerzan los comentarios de familiares y amistades.

Cuando la mujer no está informada y acude al Hospital sin preparación, es más fácil que acabe sometida a lo que el servicio que la atiende estime más conveniente o le sea más cómodo de acuerdo con su particular rutina.

«La madre y el niño deben estar en contacto inmediatamente después del nacimiento».

Se tenía la costumbre de sostener al bebé por los pies con una mano mientras se procedía a cortar el cordón, y seguidamente para que el recién nacido no se enfriara, se le ponía bajo un foco de calor donde se le practicaban los primeros cuidados.

Actualmente, se indica a las madres que se incorporen para ayudar a su hijo a nacer; incluso en el caso de expulsivos algo prolongados, para animar a la mujer se le muestra la progresión de la cabecita de su hijo con el auxilio de un espejo. Cuando se desprenden la cabeza y los hombros del bebé, tiran del mismo y se lo sitúan en el cuerpo, directamente sobre la piel, lo seca ella misma, con lo que se consigue no solamente que el recién nacido no se enfríe, sino que se refuerce el vínculo afectivo del binomio madre-hijo, y las mujeres lo relatan como una experiencia maravillosa e indescriptible.

Se espera para cortar el cordón cuando éste deja de latir, en algunas ocasiones incluso es el propio padre el que lo hace. Se invita también a la madre a ponerse el niño al pecho, hecho que favorecerá el desprendimiento de la placenta y una mejor involución uterina.

Con ello contribuimos a instaurar la recomendación que dice: **«La embarazada tiene derecho a ver facilitada su propia participación activa como protagonista de su propio parto».**

«La lactancia materna refuerza el vínculo madre-hijo. Debemos ayudar y apoyar a las madres que deseen lactar, pero sin ejercer presión para no crearles ansiedades».

La mujer que desea dar el pecho a su hijo es enseñada y motivada antes del parto a través de las clases de Educación Maternal, explicándoles que dar de mamar no es sólo dar de comer, también es dar afecto y proporcionar seguridad.

Los recién nacidos, que por problemas de salud son ingresados en la Unidad Neonatal, no son privados del contacto de sus madres, pues éstas les pueden dar el pecho o biberón en una sala lactario, que se ha habilitado para este fin, intentando que esté garantizada la lactancia materna y sobre todo el vínculo afectivo madre-hijo.

También se ha conseguido de la Administración, que aquellas madres que no son de la ciudad dispongan de habitación y comida, una vez que han sido dadas de alta de la unidad de puérperas. Estas madres lactantes no figuran como ingresadas oficialmente en el hospital, pero gracias a esta medida pueden estar junto a sus hijos y no se desvinculan de los mismos ni se interrumpe la lactancia instaurada.

«A todas las mujeres que dan a luz en una institución, debería garantizárseles el derecho a mantener sus valores y ejercer sus prácticas culturales y religiosas»

En nuestro contexto, es frecuente atender a mujeres de religión mahometana, a las que se les permite mantener sus costumbres en cuanto a su vestimenta y dieta. Después del alumbramiento, si lo solicitan se les proporciona la placenta para que la entierren, cumpliendo los preceptos del Corán, así como el que puedan realizar algunas oraciones con el recién nacido en sus brazos incluso en el mismo paritorio.

CONCLUSIONES

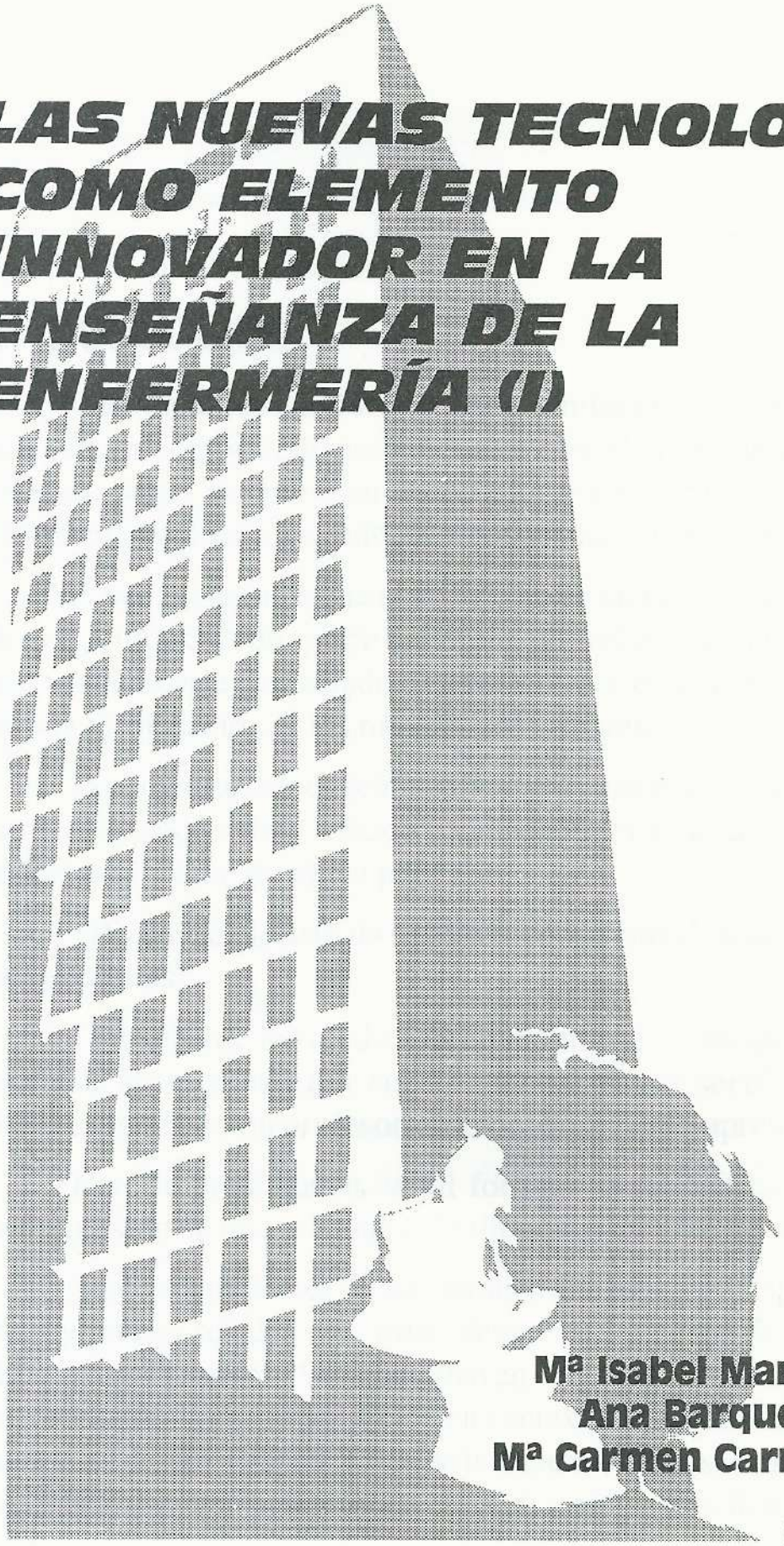
Para finalizar, queremos decir, que somos conscientes de que aún nos queda mucho camino por recorrer y que algunas de las citadas recomendaciones costará tiempo conseguir que se lleven a la práctica y probablemente, tendremos que vencer muchas dificultades para avanzar, dada la resistencia que en general se tiene a cambiar y modificar conductas, pues para el personal sanitario siempre es más cómodo tener pautas marcadas o tomar las decisiones sin ingerencias o que les cuestionen su trabajo.

Confiamos que los profesionales de la salud sepamos situar la tecnología en el lugar que le corresponde, y volvamos a recuperar para la madre, todo el mundo de sabidurías ancestrales que la mujer posee para dar a luz y procurar lo mejor para su hijo y ésta sólo podrá ser auténticamente libre para elegir, el día que la Obstetricia pierda el excesivo poder de que disfruta y encuentre su verdadero papel, esto es, un rol secundario y subsidiario de los auténticos protagonistas la pareja y el recién nacido.

BIBLIOGRAFIA

1. ACIEN, D., ARCAS, J., ORTEGA, E. y otros.: R O L. Vol. 42- 43; 6-12. 1982.
2. CHAZAN, B. y SZULC, E.: International Journal of Prenatal and Perinatal Psichology and Medicine. 5(4); 445-450. 1993.
3. CULLEN, K., JIMENEZ, J. y SERRA, L.: Humanización de la atención en el parto en los hospitales públicos de Andalucía Sevilla. 1992
4. Decreto Ministerial nº 83-24. Maternidad. Francia. 1983
5. FERNANDEZ DEL CASTILLO, I.: La revolución del nacimiento. Ed. Edaf. 1994.
6. LEBOYER, F.: Nacimiento sin violencia. Ed. Daimon. Barcelona. 1974.
7. Ley del Consejo Regional del Lazio. Nuevos derechos de la mujer y del recién nacido. Italia. 1984.
8. Recomendaciones generales de la O.M.S. sobre los derechos de la mujer embarazada y el recién nacido. Conferencia Internacional de Fortaleza. Brasil. 1985.
9. WAGNER, M.G. Representante de la O.M.S. Nacer en Europa: Realidad y perspectivas. Ponencia presentada en las I Jornadas Mediterráneas de Embarazo y Parto. Valencia. 1989.

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS COMO ELEMENTO INNOVADOR EN LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA (I)



Mª Isabel Mariscal Crespo
Ana Barquero González
Mª Carmen Carrasco Acosta

E.U.E. de Huelva

INTRODUCCIÓN

Combinar los cambios didácticos relacionados con las nuevas tecnologías educativas, los tradicionales métodos de enseñanza y el determinante papel del profesor como procesador activo de la información nos puede parecer a las enfermeras docentes ciertamente difícil.

A veces creemos que el trabajo en el aula consiste en la transmisión de conocimientos por parte del profesor, y el de los alumnos a aprenderlas; sin dedicarle demasiado tiempo a reflexionar sobre como transmitimos la información, y los medios que utilizamos.

Los medios de enseñanza son un elemento básico en el diseño curricular y adquirirán sentido y vida en función de las materias siendo el profesor el elemento clave para ello.

¿Pero qué modelo de medios acorde con el desarrollo curricular proponemos?

El diseño de los medios es coherente, siempre que se adecuen a la teoría de la enseñanza que construyamos, y ha de ser el auxiliar que facilite la comunicación profesor-alumno, enseñanza-aprendizaje.

Han de organizarse de tal forma que favorezca en el alumno la comprensión de una realidad difícilmente accesible sin el apoyo de estos.

Somos conscientes de los cambios que esto implica; en líneas generales podríamos señalar que, están dentro de un deseo de innovación, para Escudero y González 1984 consisten en « una práctica de enseñanza reflexiva, reconstruida con imaginación en contextos y circunstancias particulares, basada en deseos y aspiraciones de ir haciendo las cosas cada vez mejor, será una enseñanza con potencial de calidad, será una enseñanza innovadora.

LOS MEDIOS Y LA FORMACIÓN ENFERMERA

Si consideramos que diseñar el currículum de Enfermería es anticiparse y pensar la acción educativa más pertinente para nuestra profesión, en el contexto sanitario actual unos alumnos que proceden de un mundo donde imperan los medios audiovisuales. Coincidiremos en la idea de que estos son un elemento básico de este diseño.

No debemos olvidar por otra parte, el recorte sustancial que ha sufrido nuestro plan de estudio y la importancia de rentabilizar el tiempo disponible para conseguir un aprendizaje eficaz en nuestras futuras enfermeras y enfermeros.

En línea con Alonso y Gallego 1993 entendemos por **medios,** «Cualquier objeto o recurso tecnológico que articula en un determinado sistema de símbolos ciertos mensajes en orden a su funcionamiento instructivo».

Son por tanto un vehículo imprescindible para la enseñanza, sin ellos se limitaría la relación entre los objetivos y los contenidos de las distintas materias.

También pueden entenderse, como los recursos adecuados a cada **acción de enseñar;** sirven a la comunicación y a la innovación permanente y estimulan el interés pero, deben ser ante todo coherentes con el diseño curricular.

EL PROCESO DE SELECCIÓN, APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS MEDIOS:

Las funciones que los medios pueden desempeñar en la formación de las enfermeras y en su proceso de enseñanza - aprendizaje son muy diversas pero a la hora de ponerlos en práctica hemos de tener en cuenta algunos factores como: el profesor, el alumno, los contenidos y el contexto donde los vamos a utilizar.

a) Relacionados con el medio en sí:

- Nivel de complejidad del medio para su comprensión
- Disponibilidad:
  - Organización
  - Recursos existentes
  - Accesibilidad
  - Adecuado mantenimiento
- Calidad técnica, debe tener unas mínimas condiciones: ser visible, legible, audible...
- Rentabilidad, es importante la relación costo/aprendizaje.

b) Relacionados con el profesor:

- La concepción de la enseñanza que tiene cada docente actúa en línea con sus propios criterios que marcan en todo momento sus actuaciones en el aula y por tanto la decisión sobre los medios a utilizar
- El conocimiento técnico que éste tiene sobre ellos

c) En relación con los alumnos:

- Las predisposiciones, las actitudes que los alumnos tengan hacia el medio, serán las que condicionen los resultados que se obtengan.
- Las diferencias cognitivas entre los alumnos que influyen sobre la forma de utilización de los medios
- La conexión con sus expectativas y capacidad creadora.

d) En relación con el currículum:

- Es en esta dimensión donde los medios adquieren sentido propio.
- Objetivos propuestos
- Contenidos que se desean adquirir y/o transmitir

e) En relación con el contexto:

- La existencia de un clima positivo en clase propiciado por el profesor que favorezca la utilización del medio
- La estructura arquitectónica (espacios disponibles, distribución mobiliario...)

La evaluación de los medios, en función de los objetivos que persigue su utilización, pasa ineludiblemente:

En primer lugar por el análisis de todos los elementos involucrados en el proceso de selección y aplicación.

Y en segundo lugar por la valoración de:

- El esfuerzo personal de los alumnos
- El trabajo y tiempo invertido por el profesor
- La calidad de los resultados obtenidos
- La opinión personal de los alumnos sobre la utilización del medio para su propio aprendizaje

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL CURRÍCULUM MULTIMEDIA

El término **multimedia** muy utilizado en la actualidad, podemos definirlo como un entorno tecnológico, adaptado a las exigencias de un usuario y a lo que pretende enseñar. Es decir, un conjunto de medios organizados en torno a un eje desde el cual tiene sentido el conjunto.

El sistema **multimedia** nos permite transmitir una información, combinando varios medios, como son la imagen, el sonido y el procesamiento de datos.

El impacto de estas tecnologías avanzadas está modificando nuestra forma de comunicarnos, de leer, escribir, enseñar y trabajar.

Su característica principal es la **interactividad,** que la diferencia de otros sistemas de comunicación. El receptor tiene un papel fundamentalmente activo, de tal manera que es una herramienta que nos permite la creación de un entorno, que favorece la adquisición de conocimientos, actitudes,

habilidades y destrezas necesarias para el desarrollo de la Profesión Enfermera.

El sistema **multimedia** podemos clasificarla de la siguiente forma:

Medios audio	**Medios visuales**	**M. Audiovisuales**
Magnetófono	Libros	Proyector/Magnetofón
Radio	Murales	lector de pag. sonoro
Cassette	Ficheros	Videoproyector
	Paneles	Televisión
	Retroproyector	Videotelefono
	Cámara	Ordenador
		Scanner
		Pantalla de cristal líquido.

La utilización de los sistemas **multimedia** en el aula pueden ser favorables, siempre que se optimicen los resultados según los recursos con los que contemos y las necesidades planteadas por parte de los docentes y de los alumnos.

- Es necesario el acercamiento a las nuevas tecnologías y sus aplicaciones, de los docentes y los alumno.
- Iniciar su implantación, a nivel individual y grupal, en el aula y fuera de ella.
- Potenciar la formación de los profesores, responsables de su articulación.
- Hacer una investigación previa a su implantación desde la óptica del currículum.

La aplicación de éstas nuevas tecnologías, adquiere su pleno sentido, siempre que se consideren como un apoyo al proceso de enseñanza-aprendizaje y no como un objetivo en sí.

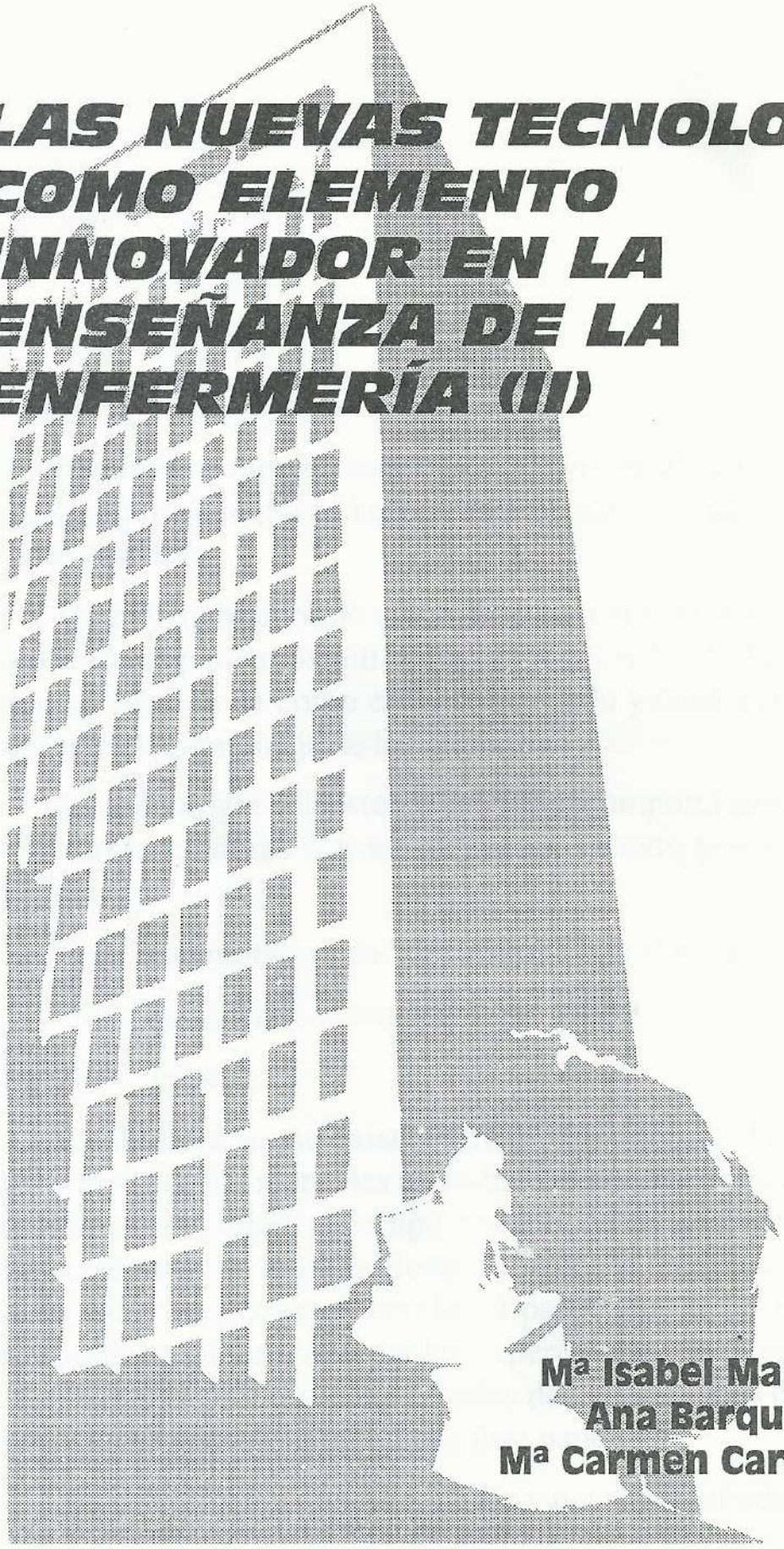
Cada sistema ofrece unas características y capacidades distintas pudiéndose trabajar con cada uno de ellos en los mismos contenidos. La combinación de las nuevas tecnologías con otros medios, puede ser muy eficaz si se contempla de forma holística y no parcializada ya que esto limitaría su efectividad en la docencia.

Destacaremos a continuación los que consideramos más significativos en el momento actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. MEDIOS DE COMUNICACIÓN-RECURSOS Y MATERIALES PARA LA MEJORA EDUCATIVA: Zabalza Beraza, M.; Medina Rivilla, A. y otros. Cronos S.A. Sevilla
2. ANÁLISIS CRÍTICOS DE TRES ENFOQUES DEL USO DE LA INFORMÁTICA EN LA EDUCACIÓN: Streibel, Michael J. Medios y Educación nº 288. Sevilla. 1988. (305-333).
3. LA NUEVA COMUNICACIÓN EN LAS AULAS UNIVERSITARIAS. ¿PARA CUANDO LA CULTURA GLOBAL PARA LA UNIVERSIDAD?: Fandos Igado, M y Aguadez Gómez, J. Medios y Educación nº 2. Sevilla. 1994. (53-62).
4. NUEVAS TECNOLOGÍAS, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN: Cabero Almenara, J. Medios de Comunicación y Educación. Grupo Pedagógico Andaluz. "Prensa y Educación" nº 3. Octubre. Andalucía. 1994. (14-24).
5. MULTIMEDIA EN EDUCACIÓN: Morón, Alfonso C. y Aguilar, D. Medios de Comunicación y Educación. Grupo Pedagógico Andaluz "Prensa y Educación" nº 3. Octubre. Andalucía. 1994. (81-87).
6. MULTIMEDIA INTERACTIVO Y SUS POSIBILIDADES EN EDUCACIÓN SUPERIOR: Bartolomé Pina, A. Medios y Educación. PIXEL-BIT. Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías, nº 1. Enero. Sevilla. 1994. (5-14).
7. LAS ACTIVIDADES DE LOS PROFESORES HACIA LOS MEDIOS DE LA ENSEÑANZA: Castaño Garrido, Carlos. Medios y Educación. PIXEL-BIT. Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías. nº1. Enero. Sevilla. 1994. (63-80).

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS COMO ELEMENTO INNOVADOR EN LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA (II)



Mª Isabel Mariscal Crespo
Ana Barquero González
Mª Carmen Carrasco Acosta

E.U.E. de Huelva

EL VÍDEO DIDÁCTICO

Es el vídeo uno de los medios que en los últimos años se ha introducido con más fuerza en la sociedad en general y en el contexto educativo en particular.

Cuando hablamos de vídeo didáctico nos referimos a aquel que ha sido diseñado para transmitir unos contenidos, habilidades o actividades y que en función de como está estructurado y cuales son sus símbolos, propician el aprendizaje de los alumnos.

La tecnología del sistema del vídeo comporta tres elementos básicos y diferenciadores a tener en cuenta en todo proceso de enseñanza aprendizaje:

a) La interactividad del sistema con el usuario.

b) El sistema de símbolos que utiliza.

c) El mensaje.

La diferencia que existe entre el vídeo frente al cine educativo es que en el vídeo los mensajes están bajo el control del usuario y es el que puede decidir el lugar, el tiempo, la cantidad de información a transmitir y las secuencias de los significados. En cierta medida está supeditado al que lo usa y no podemos olvidar el papel que juega el profesor como organizador y planificador de las experiencias, no queriendo decir esto que el alumno no intervenga en tales decisiones, sino muy al contrario, en ocasiones será el quien juegue éste papel.

Es conveniente que éste medio vaya acompañado por:

- Otros soportes que refuercen la información dada.
- Claves para hacer posible su lectura y potenciar la colaboración del profesor con el alumno.
- Guía que ayude a la visualización antes, durante y después. Tanto el video como las guías deberán ser los textos que ayuden al discurso del profesor para darle más coherencia y apoyo.

Hemos de procurar que los videos no sean sólo medios de transmisión de información, sino que deben potenciar la actividad del alumnado (Ej. el video en los talleres prácticos de enfermería).

Para esto el mensaje debe estar previamente diseñado y producido para el fin que persiga. Los contenidos deben estar escalonados y con un vocabulario comprensible y de forma que susciten dudas preguntas en definitiva que ayuden a pensar e indagar al alumno en la búsqueda de soluciones.

EVALUACIÓN DE LOS VIDEOS DIDÁCTICOS

Es la que nos da la clave sobre los resultados esperados en los alumnos, y si estos responden a nuestras expectativas. No podemos olvidar que hay que evaluarlos junto y no al margen de otros materiales.

EL USO DE LOS ORDENADORES Y LA INFORMÁTICA:

La presencia del ordenador, como agente activo dentro de nuestra vida cotidiana, es una realidad aceptada y nuestros alumnos en líneas generales han tenido contactos previos con este medio.

El ordenador se ha convertido en un instrumento de expresión personal, un instrumento para el propio desarrollo intelectual.

Es un requisito importante que el usuario se sienta a gusto con el ordenador, ésta es la clave para que sean realmente un instrumento útil en la formación.

No son otros sistemas de prestación neutros, sino entornos en los que entran en juego valores y características especiales, de los que es

importante conocer sus límites y considerarlos como una herramienta, no podemos utilizarlos como una respuesta a la crisis de productividad.

Sus formas de aplicación mas importantes son:

- Adiestramiento y práctica, de forma complementaria
- Tutorías informáticas
- Simulación
- Programación

Todas estas aplicaciones pueden resultar muy válidas en Enfermería tanto en la formación básica como en la de post grado, en la que se hacen casi imprescindible y en especial cuando abordamos actividades de investigación.

TELEDOCUMENTACIÓN

Es un sistema por el que puede consultarse a distancia la información almacenada en bases de datos.

Las bases de datos BIBLIOGRÁFICA, Información secundaria, qué se ha escrito y autores, a veces contiene resúmenes (abstractas) de los documentos.

Existen gran cantidad de bases de datos una de las más conocidas y útiles para Enfermería es la **MEDLINE** que contiene los datos de **Index Medicus** que incluye resúmenes y la del **International Nursing Index** que contiene referencias de los artículos aparecidos en más de 3.500 revistas de 70 países desde 1.966 actualizándose cada mes.

Y la denominada **EXCERPTA MÉDICA, EMBASE** que contiene resúmenes de trabajos seleccionados contenidos en más de 3.500 revistas de las más prestigiadas a nivel internacional.

La Telecomunicación nos aporta grandes ventajas:

- Rapidez en la comunicación, puede accederse a ella desde cualquier lugar que exista teléfono.
- Pueden realizarse combinaciones lógicas para la selección, podemos incluir artículos en idiomas determinados, restrin-

gir la búsqueda de documentos a un sector, aspecto o documentos con unas características concretas.

El material que se necesita es:

- Un teléfono y sistema de ordenador con unos requerimientos mínimos de hardware (equipo básico compuesto por un microordenador, un cable conector en serie y un modem. Estos dos últimos son necesarios para conectar el ordenador a la línea telefónica) y software (programa de telecomunicación que permite al usuario marcar el teléfono, conectar e interaccionar con los sistemas de teledocumentación, cada vez son más económicos populares y de amplia disponibilidad en algunos países).

UTILIZACIÓN:

En nuestro caso como enfermeros sin gran experiencia en el tema, nos parece aún complejo acceder a la telecomunicación a nivel individual, esto requiere un conocimiento básico, podemos acudir a centros especializados que actúan como intermediarios.

A éstos centros nos podemos dirigir personalmente o a través de la biblioteca-hemeroteca del centro o institución dónde trabajemos.

Existen numerosas bases de datos de contenido biomédico y sanitarios a las que se puede acceder fácilmente en España de forma indirecta.

En la actualidad se están creando otras nuevas con el texto completo de los artículos indizados sin gráficos ni fotografías y parece ser que la limitación del idioma también se solventará próximamente con la aplicación de programas de traducción inmediata. El precio de éstas consultas varía según las vías utilizadas.

El CD-ROM, es un lector de disco óptico, capaz de archivar gran volumen de información para su recuperación posterior.

Algunas bases de datos ya se pueden comprar en éstos discos ópticos, aunque la inversión inicial puede ser alta, resultan rentables si se

hacen búsquedas con frecuencia, en casi todos los centros dónde trabajamos los profesionales de Enfermería podemos contar con éste medio..

Permiten recuperar la información según se desee sin costes de conexión.

Tienen la ventaja de funcionar por menús, lo cual favorece su utilización para no tener que recurrir a un técnico.

Facilitan la utilización de operadores lógicos, campos en que se desea buscar, (título, autor, resumen), seleccionar idiomas.

La localización de documentos es una tarea menos fácil, en el caso de libros puede recurrirse al catálogo de biblioteca, pero sólo de monografías de esa biblioteca en cuestión, en España aún no existe un centro coordinador de prestamos interbibliotecarios.

Los documentos de formato no convencional (folletos, informes...) son aún más difíciles de localizar.

Para localizar los artículos de revistas, podemos mirar en los catálogos que se reciben, si no da resultado se puede solicitar directamente al autor, existen directorios que contienen señas de Universidades, centros de investigación academias...

Si se desea un número completo de la revista puede solicitarse directamente al editor.

EL LECTOR DE DISCOS MAGNETO-ÓPTICOS, es similar al lector de discos ópticos, tiene con éste dos diferencias fundamentales:

a) Capacidad de almacenamiento interior.

b) Posibilidad de grabar datos, imposible en el caso del **CD-ROM.**

LA PANTALLA DE CRISTAL LÍQUIDO. Es una de las últimas novedades en medios, aunque lleva ya varios años en el mercado español aún no se dispone de ella en la mayoría de los centros docentes, su uso se limita a grupos o sectores mas reducidos que las aulas.

Aporta una serie de ventajas importantes:

- Proyectar la documentación directamente del ordenador, rentabilizando el tiempo.

- La posibilidad de modificar los contenidos en el transcurso de la sesión (clase, trabajo de grupo, seminario, actividad de investigación), interactividad del medio.
- La creación de contenidos con la participación del alumnado.
- El almacenamiento de los trabajos generados en el aula.

EL SCANNER. Es un digitalizador de imagen. Se utiliza para archivar en soporte magnético (diskettes) imágenes existentes en papel (fotografías, textos, documentos, esquemas...).

El principal aporte del Scanner, es el de poder archivar, distribuir, modificar imágenes procedentes de archivos o libros descatalogados.

Puede combinarse también con mucha rentabilidad con la pantalla de cristal líquido.

APLICACIONES DEL SISTEMA MULTIMEDIA

Debido a la calidad que ofrecen las imágenes y sonido y a la facilidad de su manejo, sus aplicaciones son numerosas en el campo educativo formal y no formal.

El aprendizaje que se consigue es más efectivo porque el alumno no sólo recibe información sino que interactúa con el medio.

Las aplicaciones en éste campo son múltiples:

Simulaciones:

El alumno tiene la posibilidad de combinar imágenes en movimiento con las técnicas infográficas, de una situación real o ficticia, controlando en todo momento los elementos y las variables que intervienen.

Archivo de imágenes:

Permite guardar la información icónica y el acceso inmediato por parte del alumno, pudiendo así estructurar y clarificar mejor y más rápido dicha información.

Enciclopedias:

La combinación de los sistemas audiovisuales, facilita el acceso a la información de forma secuencial o aleatoria, creando así una nueva

forma de consulta, una nueva visión de la realidad y un nuevo lenguaje de la comunicación.

Formación y entrenamiento:

Potencia la formación:

- **Técnica**, en cada tarea se desarrollan actividades, obteniéndose un rápido procesamiento de la información.
- **Conceptual**, la comunicación se establece de forma individualizada según las necesidades.
- **Operativa, se** efectúan simulaciones con herramientas, favoreciendo así su utilización.

CONCLUSIONES Y ESTRATEGIAS DE APLICACIÓN EN LA FORMACIÓN

COMBINAR LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS CON LAS TRADICIONALES

Se trata de utilizar todos los medios disponibles a nuestro alcance, no centrar nuestra atención en las nuevas tecnologías y abandonar las tradicionales que siguen siendo válidas, ir más allá de su simple aplicación y utilizar ambas en una combinación creativa.

- Sistematizar el análisis crítico de la prensa y las revistas científicas, elaborando registros de estos datos en soporte informático que puedan consultarse posteriormente.
- Incorporar a los seminarios la búsqueda bibliográfica informatizada así como la utilización de programas informáticos y videos.
- Utilización del video didáctico en los talleres prácticos para el aprendizaje de procedimientos técnicos (inyectables curas vendajes...) y metodológicos (la entrevistas como técnicas de valoración e intervención...) conjuntamente con los textos de autoinstrucción.

La evaluación de las actividades realizadas por medio de videos, que pueden ser revisados por alumnos y profesor y que no implican la permanencia en el taller rentabilizándose el tiempo.

- Utilización de la pantalla de cristal líquido y Scanner, conjuntamente con otros tipos de proyecciones más tradicionales en los foros de debate, trabajos de grupo y seminarios.

LA INVESTIGACIÓN

Para poder avanzar en la utilización de los medios, es necesario conocer la situación actual de la docencia en Enfermería en aspectos relacionados con:

- El nivel de conocimiento de los profesores en nuevas tecnologías aplicadas en docencia.
- Los recursos con los que se cuenta a nivel de centros.
- Los medios que se están utilizando actualmente en la enseñanza de la Enfermería, materias y contenidos.
- Necesidades y expectativas que tienen los profesores y alumnos.
- Cobertura institucional, para la adquisición de medios, y la formación sobre los mismos.

LA PRODUCCIÓN

La situación en que se encuentra la producción de medios en Enfermería en España actualmente, es similar a la que teníamos hace algunos años en relación con bibliografía y revistas propias.

Era raro encontrar libros de autores españoles y había una o dos publicaciones de revistas enfermeras, situación que afortunadamente ha cambiado.

Quizás haya llegado el momento de afrontar el reto de elaborar nuestros propios materiales con otros soportes, en colaboración con profesionales, informáticos, técnicos de imagen y sonido... para:

- La producción de videos didácticos combinados con los adecuados documentos escritos de apoyo, que faciliten el aprendizaje individual y en grupo, rentabilizando el tiempo.
- La elaboración de programas informáticos específicos de Enfermería, para registros y Diagnósticos, planes de cuidados, procedimientos...

Y para concluir decir que no podemos obviar a los medios, ya que han invadido nuestro mundo, su principal característica es la interactividad, y como todos sabemos el saber interactivo les proporciona a los estudiantes herramientas para que sean ellos los que establezcan sus propios recorridos por las distintas materias, por ello se impone cada vez más un cambio metodológico en nuestras aulas.

BIBLIOGRAFÍA

1. MEDIOS DE COMUNICACIÓN-RECURSOS Y MATERIALES PARA LA MEJORA EDUCATIVA: Zabalza Beraza, M.; Medina Rivilla, A. y otros. Cronos S.A. Sevilla. 1994
2. TECNOLOGÍA EDUCATIVA: UTILIZACIÓN DIDÁCTICA DEL VIDEO: Cabero Almenara, J. Promociones y Publicaciones Universitarias. Barcelona. 1989
3. ENTORNO DE APRENDIZAJE CON ORDENADORES, UNA REFLEXIÓN SOBRE LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE Y LA EDUCACIÓN: Solomón, C. Paidós. Barcelona. 1987
4. ANÁLISIS CRÍTICOS DE TRES ENFOQUES DEL USO DE LA INFORMÁTICA EN LA EDUCACIÓN: Streibel, Michael J. Medios y Educación nº 288. Sevilla. 1988. (305-333).
5. LA NUEVA COMUNICACIÓN EN LAS AULAS UNIVERSITARIAS. ¿PARA CUANDO LA CULTURA GLOBAL PARA LA UNIVERSIDAD?: Fandos Igado, M y Aguadez Gómez, J. Medios y Educación nº 2. Sevilla. 1994. (53-62).
6. NUEVAS TECNOLOGÍAS, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN: Cabero Almenara, J. Medios de Comunicación y Educación. Grupo Pedagógico Andaluz. "Prensa y Educación" nº 3. Octubre. Andalucía. 1994. (14-24).
7. TEORÍA Y PRÁCTICA EN LA PRODUCCIÓN DE UN VIDEO EDUCATIVO: Roldán Castro, I. y Cárdenas Sánchez, T. Medios de Comunicación y Educación. Grupo Pedagógico Andaluz "Prensa y Educación" nº 3. Octubre. Andalucía. 1994 (43-49).

- La producción de videos didácticos combinados con los adecuados documentos escritos de apoyo, que faciliten el aprendizaje individual y en grupo, rentabilizando el tiempo.
- La elaboración de programas informáticos específicos de Enfermería, para registros y Diagnósticos, planes de cuidados, procedimientos...

Y para concluir decir que no podemos obviar a los medios, ya que han invadido nuestro mundo, su principal característica es la interactividad, y como todos sabemos el saber interactivo les proporciona a los estudiantes herramientas para que sean ellos los que establezcan sus propios recorridos por las distintas materias, por ello se impone cada vez más un cambio metodológico en nuestras aulas.

BIBLIOGRAFÍA

1. MEDIOS DE COMUNICACIÓN-RECURSOS Y MATERIALES PARA LA MEJORA EDUCATIVA: Zabalza Beraza, M.; Medina Rivilla, A. y otros. Cronos S.A. Sevilla. 1994
2. TECNOLOGÍA EDUCATIVA: UTILIZACIÓN DIDÁCTICA DEL VIDEO: Cabero Almenara, J. Promociones y Publicaciones Universitarias. Barcelona. 1989
3. ENTORNO DE APRENDIZAJE CON ORDENADORES, UNA REFLEXIÓN SOBRE LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE Y LA EDUCACIÓN: Solomón, C. Paidós. Barcelona. 1987
4. ANÁLISIS CRÍTICOS DE TRES ENFOQUES DEL USO DE LA INFORMÁTICA EN LA EDUCACIÓN: Streibel, Michael J. Medios y Educación nº 288. Sevilla. 1988. (305-333).
5. LA NUEVA COMUNICACIÓN EN LAS AULAS UNIVERSITARIAS. ¿PARA CUANDO LA CULTURA GLOBAL PARA LA UNIVERSIDAD?: Fandos Igado, M y Aguadez Gómez, J. Medios y Educación nº 2. Sevilla. 1994. (53-62).
6. NUEVAS TECNOLOGÍAS, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN: Cabero Almenara, J. Medios de Comunicación y Educación. Grupo Pedagógico Andaluz. "Prensa y Educación" nº 3. Octubre. Andalucía. 1994. (14-24).
7. TEORÍA Y PRÁCTICA EN LA PRODUCCIÓN DE UN VIDEO EDUCATIVO: Roldán Castro, I. y Cárdenas Sánchez, T. Medios de Comunicación y Educación. Grupo Pedagógico Andaluz "Prensa y Educación" nº 3. Octubre. Andalucía. 1994 (43-49).

- La producción de videos didácticos combinados con los adecuados documentos escritos de apoyo, que faciliten el aprendizaje individual y en grupo, rentabilizando el tiempo.
- La elaboración de programas informáticos específicos de Enfermería, para registros y Diagnósticos, planes de cuidados, procedimientos...

Y para concluir decir que no podemos obviar a los medios, ya que han invadido nuestro mundo, su principal característica es la interactividad, y como todos sabemos el saber interactivo les proporciona a los estudiantes herramientas para que sean ellos los que establezcan sus propios recorridos por las distintas materias, por ello se impone cada vez más un cambio metodológico en nuestras aulas.

BIBLIOGRAFÍA

1. MEDIOS DE COMUNICACIÓN-RECURSOS Y MATERIALES PARA LA MEJORA EDUCATIVA: Zabalza Beraza, M.; Medina Rivilla, A. y otros. Cronos S.A. Sevilla. 1994
2. TECNOLOGÍA EDUCATIVA: UTILIZACIÓN DIDÁCTICA DEL VIDEO: Cabero Almenara, J. Promociones y Publicaciones Universitarias. Barcelona. 1989
3. ENTORNO DE APRENDIZAJE CON ORDENADORES, UNA REFLEXIÓN SOBRE LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE Y LA EDUCACIÓN: Solomón, C. Paidós. Barcelona. 1987
4. ANÁLISIS CRÍTICOS DE TRES ENFOQUES DEL USO DE LA INFORMÁTICA EN LA EDUCACIÓN: Streibel, Michael J. Medios y Educación nº 288. Sevilla. 1988. (305-333).
5. LA NUEVA COMUNICACIÓN EN LAS AULAS UNIVERSITARIAS. ¿PARA CUANDO LA CULTURA GLOBAL PARA LA UNIVERSIDAD?: Fandos Igado, M y Aguadez Gómez, J. Medios y Educación nº 2. Sevilla. 1994. (53-62).
6. NUEVAS TECNOLOGÍAS, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN: Cabero Almenara, J. Medios de Comunicación y Educación. Grupo Pedagógico Andaluz. "Prensa y Educación" nº 3. Octubre. Andalucía. 1994. (14-24).
7. TEORÍA Y PRÁCTICA EN LA PRODUCCIÓN DE UN VIDEO EDUCATIVO: Roldán Castro, I. y Cárdenas Sánchez, T. Medios de Comunicación y Educación. Grupo Pedagógico Andaluz "Prensa y Educación" nº 3. Octubre. Andalucía. 1994 (43-49).

8. MULTIMEDIA EN EDUCACIÓN: Morón, Alfonso C. y Aguilar, D. Medios de Comunicación y Educación. Grupo Pedagógico Andaluz "Prensa y Educación" nº 3. Octubre. Andalucía. 1994. (81-87).

9. MULTIMEDIA INTERACTIVO Y SUS POSIBILIDADES EN EDUCACIÓN SUPERIOR: Bartolomé Pina, A. Medios y Educación. PIXEL-BIT. Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías, nº 1. Enero. Sevilla. 1994. (5-14).

10. LOS VIDEOS DIDÁCTICOS: CLAVES PARA SU PRODUCCIÓN Y EVALUACIÓN: Cebrian de la Serna. Medios y Educación. PIXEL-BIT. Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías. nº 1. Enero. Sevilla. 1994. (31-42).

11. LAS ACTIVIDADES DE LOS PROFESORES HACIA LOS MEDIOS DE LA ENSEÑANZA: Castaño Garrido, Carlos. Medios y Educación. PIXEL-BIT. Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías. nº1. Enero. Sevilla. 1994. (63-80).

12. CD-ROM EN LA ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN: UNA TECNOLOGÍA EN AUMENTO: Cabero Almenara, J. y Duarte Hueros, A. Medios y Comunicación. PIXEL-BIT. Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías. nº1. Enero. Sevilla. 1994. (83-101).

13. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA Y MANEJO BIBLIOGRÁFICO EN CIENCIAS DE LA SALUD: Martín Moreno, J. Keenoy, A. y otros. Informes Técnicos nº 2. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 1990

LAS SESIONES DE ENFERMERÍA, ¿UNA NECESIDAD PARA LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA?

Ana Carmen Macías Rodríguez
Francisco José Mena Navarro
Antonio J. Rosillo Palacios
Concepción Soriano Nogales

Profesores Titulares Interinos
Área Enfermería Médico-Quirúrgica
Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Huelva

INTRODUCCIÓN

Los profesores de Enfermería Médico-Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de Huelva, llevamos a cabo, durante siete años, una experiencia para hacer comprender a los alumnos de tercer curso la importancia que tiene el integrar los conocimientos del aula, talleres, salas de demostración... en la realidad que viven durante la realización de las prácticas hospitalarias.

Intentamos así abrir el tradicional circuito en cuanto a la utilización de recursos para el aprendizaje o, lo que es lo mismo, cambiar el sentido habitual del proceso: **explicación** por el profesor, mero **aprendizaje o memorización** por el alumno y **repetición** de lo aprendido, por el más coherente desarrollo de la enseñanza, que contempla **explicación, aprendizaje, contraste con otros elementos y elaboración de respuestas**. De esta forma se le da importancia a las prácticas como un recurso a construir frente a una «sacralización» de las mismas.

Esta experiencia se basa en lo que llamamos **Sesiones de Enfermería**. Estas pretenden que los alumnos apliquen y valoren los Cuidados prestados a un paciente desde su ingreso hasta su alta o exitus y juzguen los beneficios/deficiencias que se produzcan, consiguiendo, a la vez, un desarrollo de la capacidad de expresión, exposición, discusión y análisis crítico, es decir, favorecer lo que para nosotros, enfermeros/as, entendemos debe ser la formación de un futuro profesional; sirviendo a la vez como uno de los instrumentos para evaluar el proceso enseñanza-aprendizaje por parte de los profesores.

¿QUE ES UNA SESIÓN DE ENFERMERÍA?.

La Sesión de Enfermería consiste en la revisión de la atención prestada a un paciente durante su estancia en la Unidad Hospitalaria.

Intenta conseguir los siguientes **objetivos**:

- Que los alumnos aprendan a trabajar con un método.
- Que los alumnos sepan integrar los conocimientos teóricos y prácticos obtenidos en las clases.
- Potenciar el trabajo en equipo.
- Que los alumnos valoren los Cuidados de Enfermería.
- Favorecer el desarrollo de la capacidad de exposición del alumno.
- Potenciar la capacidad investigadora.
- Contribuir en el desarrollo del análisis crítico.
- Iniciar al alumno en actividades docentes de cara al ejercicio profesional.

Para alcanzar los objetivos anteriores y con la finalidad de lograr una participación activa y autónoma del alumno, los **recursos utilizados** por estos son los siguientes:

1°. Las programaciones de Enfermería Médico-Quirúrgica.

2°. Bibliografía.

3°. Protocolo de una Sesión de Enfermería.

4°. Asistencia de apoyo por parte del profesor en horas de consultas.

5°. Experiencia adquirida por el alumno.

6°. Revisión grupal de cada caso.

PROTOCOLO DE UNA SESIÓN DE ENFERMERÍA

La duración debe ser de un máximo de una hora de la cual se destinarán 30 minutos para la exposición, por el alumno, del caso motivo de la Sesión y el resto para el coloquio.

Será **elaborada** por escrito con copia para el profesor en la que debe figurar: nombre y apellido del autor, unidad donde se realiza, fecha y bibliografía utilizada.

El formato consta de los siguientes apartados:

- **Introducción** en la que se especifica la procedencia del paciente (servicio de urgencia, consultorio, Centro de Salud) y diagnóstico médico probable y/o cierto.
- **Descripción** global del caso: valoración inicial, diagnósticos de Enfermería y Cuidados de urgencias prestados.
- **Breve recuerdo fisiopatológico** que será optativo según criterio.
- **Planes de Cuidados** llevados a cabo.
- **Evaluación**, donde se recoge los resultados obtenidos y problemática más significativa en relación con la respuesta del paciente y los esfuerzos realizados por el equipo.
- **Evolución del paciente**.

EVALUACIÓN DE ESTA METODOLOGÍA

Para evaluar esta metodología se realizaron dos tipos de valoraciones, efectuadas a un total de 376 alumnos desde el curso 1.986/87 al 1.992/93:

Por el profesor:

Mediante la información recogida de las consultas realizadas por el alumno previas a la exposición; según la observación del desarrollo de la Sesión, anotada en un registro de escalas bipolares y por la evaluación

del documento escrito que el alumno entrega, se obtuvieron datos que hacen referencia a:

1. La **evaluación del nivel de aprendizaje** conseguido en base a:

   - Diagnósticos de Enfermería bien detectados, formulados y relacionados.

   - Planificación de Cuidados en un tercer nivel de complejidad.
   - Grado de seguimiento y modificación realizadas.
   - Educación sanitaria planteada.
   - Etc...

2. El interés demostrado durante el proceso de elaboración de la Sesión.

3. El grado de utilización bibliográfica.

4. El número de consultas realizadas al profesor.

5. Los elementos positivos de la exposición:
   - Claridad de contenidos y profundidad de los mismos.
   - Recursos empleados (esquemas, diapositivas, transparencias, videos, etc.).

6. La habilidad para resolver situaciones difíciles planteadas, tanto, por los alumnos asistentes a la exposición, como por los profesores que hacían el seguimiento de la misma.

7. La capacidad de relacionar e integrar los conceptos adquiridos con la realidad del caso.

8. El nivel crítico aplicado a los planes de cuidados utilizados y alternativas planteadas.

Por el alumno:

A través de encuesta anónima pasadas a los alumnos que realizaron las Sesiones, se recogieron datos sobre la opinión que tenían de:

1. La importancia de la realización de las Sesiones.
2. Las conductas modificadas.
3. La aplicación práctica.
4. Los conocimientos adquiridos y asumidos.
5. La dificultad encontrada.
6. La utilidad para la coordinación y la labor de equipo.
7. La mejor compresión de los planes de cuidados y su razonamiento, aclaración sobre actividades o procedimientos considerados erróneos, etc.

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA VALORACIÓN POR EL PROFESOR

Cuantificados los datos recogidos por los profesores y analizados los mismos, destacamos, entre otros, los siguientes aspectos:

- **Motivación**: en un 90 % de los alumnos (338) se observó un gran interés ante la posibilidad de desarrollar actuaciones de Enfermería y aun más en el momento de la exposición y la discusión ya que, no solo se basaron en los conocimientos adquiridos en las clases teóricas y teórico-prácticas, sino que hacían aportaciones personales que enriquecían de forma notable los contenidos.
- **Planificación de Cuidados**: un 94% (353 alumnos) demostraban la importancia de la planificación de Cuidados y la labor de equipo.
- **Aprendizaje**: en el 96% (360 alumnos), se observa la ampliación de conocimientos adquiridos, no solo en cuanto a la utilización bibliográfica, sino al aporte personal de datos y sugerencias y/o aclaraciones expresadas.
- **Capacidad crítica**: un 93% de los alumnos (349) realizan aportaciones críticas a la planificación de Cuidados, aportando soluciones válidas.

- **Capacidad de relacionar**: Un 92 % (346 alumnos) tienen la capacidad de relacionar los conocimientos adquiridos a través de los recursos utilizados observándose una mejor aplicación práctica.

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA AL ALUMNO

Tras el recuento de las encuestas, resaltamos los siguientes resultados:

- Un 96,74 % (363 alumnos), destacaban la importancia que tiene ver al paciente de forma global.
- El 98,84% (372 alumnos), referían la mejor comprensión de los Cuidados que se prestan y su porqué, y como consecuencia, opinaban, se realizan con mayor seguridad.
- El 97,67% de los alumnos (367), comentaron que con las Sesiones se aprende a razonar y a relacionar.
- El 96,51% (363 alumnos), expresaron que esta metodología fomenta la labor de equipo y el trabajo coordinado.
- El 99,77% subrayaron la utilidad para el estudiante, por adquirir, según sus anotaciones, «muchos conocimientos teóricos-prácticos que difícilmente se van a olvidar».
- Un 90,53% (340 alumnos), hicieron referencia a la utilidad como instrumento para la investigación en Enfermería por fomentar la búsqueda bibliográfica, el contraste de opiniones, la necesidad de ampliar conocimientos para resolver determinadas situaciones, y constituir un documento escrito de consulta.

En general, también sugieren lo interesante y positivo que resultaría que los profesionales en las Unidades realizaran periódicamente una Sesión de Enfermería a un paciente determinado, y que se expusiera entre los compañeros, ya que, según comentaron, «la atención al enfermo

se iría mejorando al aclararse dudas sobre actividades o procedimientos que se estuvieran llevando a cabo de forma errónea».

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1°. Las Sesiones de Enfermería, son un instrumento muy válido para la formación de Enfermería Médico-Quirúrgica, ya que permite a los alumnos:
Realizar una evaluación continua de la aplicación de Cuidados con una metodología que atiende en todo momento a una Planificación de los mismos en base a las Necesidades alteradas y a la consecución de objetivos previamente establecidos.
Aportar criterios personales válidos y contrastados, ya que se les permite razonar y relacionar conceptos, lo que les confiere mayor seguridad en sus actuaciones.

2°. Es una herramienta eficaz para los profesores, pues el proceso de aprendizaje es valorado de forma más real, evaluándose, además, facetas como la búsqueda bibliográfica, el análisis crítico y la capacidad de relacionar los conocimientos adquiridos.

3°. Constituye una metodología adecuada que fomenta la investigación en Enfermería.

4°. Es un instrumento de gran utilidad para los profesionales de Enfermería, puesto que el análisis crítico a la que es sometida la exposición del caso, les dan la posibilidad de realizar modificaciones de sus Planes de Cuidados siendo, al mismo tiempo, un vehículo adecuado de estudio y reflexión de la actividad enfermera.

No obstante, tenemos que hacer una aclaración final en el sentido de que estos alumnos de tercer curso, a la hora de rellenar sus encuestas,

se encontraban sin su correspondiente evaluación, por lo que pensamos que los resultados podrían variar en función del conocimiento de la misma. También podría existir variación si, en vez de tratarse de alumnos, se tratara de profesionales de Enfermería.

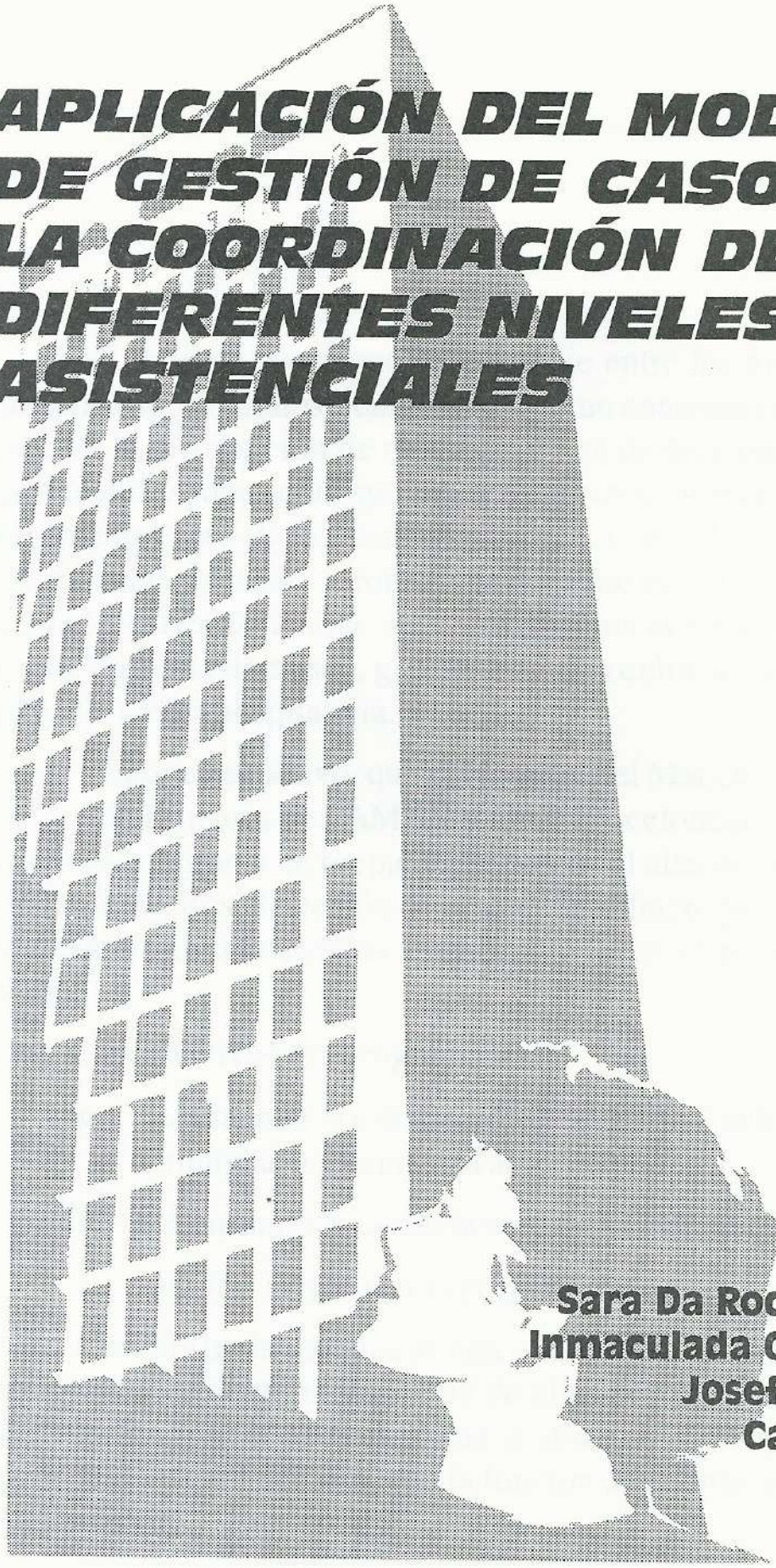
Estas observaciones nos han llevado al planteamiento de un proyecto de investigación, en el que estamos trabajando en la actualidad, para valorar las repercusiones que las Sesiones de Enfermería tienen en el ejercicio profesional y validar, de forma correcta, las conclusiones anteriores.

BIBLIOGRAFIA

1. Riopelle L., Grondin L. y Phaneuf M., Cuidados de Enfermería. Aplicación del proceso enseñanza-aprendizaje, Editorial Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, 1.993.
2. Carpenito, L.J., Diagnóstico de Enfermería, Editorial Interamericana-McGraw-Hill, Madrid 1.990, 3ª Edición.
3. Centro Municipal de Investigación y Dinamización Educativa (C.M.I.D.E.) del Ayuntamiento de Sevilla, Secretariado de recursos audiovisuales y nuevas tecnologías (S.A.V.) de la Universidad de Sevilla, Medios de Comunicación, Recursos y Materiales para la Mejora Educativa, Sevilla, 1.994, 1ª Edición.
4. Visueta , B., Técnicas de Investigación Social. I: Recogida de Datos, Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A., Barcelona 1.989.

Comunicaciones

APLICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS EN LA COORDINACIÓN DE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES



Sara Da Rocha Rodríguez
Inmaculada Godoy Bugallo
Josefa Rojo Pernía
Carmen Romeu

E.U.E. del Mar
Barcelona

La falta de coordinación existente entre los niveles asistenciales hospitalario y extrahospitalario tiene como consecuencia una fragmentación en la distribución de cuidados y una discontinuidad en el proceso asistencial. Ambos configuran unos aspectos limitativos muy importantes en el proceso de la asistencia integral y de calidad. Así mismo se da una falta de respuesta a colectivos de pacientes que precisan una continuidad asistencial al alta. Al no existir una alternativa coordinada que responda a esta demanda, generalmente se cubre a través de aumentar la estancia media hospitalaria.

Es por este motivo, que el Hospital del Mar en coordinación con la asistencia primaria de PAMEN y CAP Barceloneta inician en Mayo de 1.994 un programa de preparación precoz al alta, basado en la planificación de cuidados, detección de problemas clínicos y/o sociales, planes de educación individualizados, planificación al alta y priorización de necesidades.

Los objetivos del programa son:

- Aumentar la satisfacción del usuario dando para ello una continuidad asistencial al alta.
- Disminuir la estancia media en el Hospital.
- Evitar la frecuencia hospitalaria.

Con el fin de garantizar una coordinación efectiva y estable son designadas dos enfermeras. Una de ellas por parte de PAMEN y CAP Barceloneta, que asume el rol de gestora de casos y una segunda por parte del Hospital del Mar, con la función de coordinar el programa hospitalario.

En PAMEM y CAP Barceloneta se elige el modelo de gestión de casos, porque además de representar una innovación en la administración interdisciplinaria de cuidados, pensamos que es el modelo idóneo porque permite conseguir los objetivos del programa.

Las principales aportaciones del modelo son:

1) Permite gestionar clínica y económicamente todo el proceso de cuidados para conseguir los objetivos consensuados por el equipo interdisciplinario.
2) Diseña trayectorias clínicas y planes de cuidados gestionados adecuados a cada «caso tipo».
3) La calidad de los cuidados está claramente definida, su seguimiento es permanente y es evaluada en colaboración con los diferentes profesionales implicados en el proceso.
4) Permite la detección de las variaciones en el momento de producirse y tomar las acciones correctoras pertinentes en el caso que sea posible.
5) Aumenta la satisfacción del usuario/familia al implicarlos en la elaboración y evaluación de los objetivos.
6) Asegura la continuidad del proceso de cuidados a través de la colaboración y coordinación de los diferentes profesionales que intervienen.
7) Promueve el desarrollo profesional y las relaciones interdisciplinarias.

Las funciones de las coordinadoras son:

- Evaluar y planificar junto con las enfermeras del Hospital las necesidades y cuidados post alta mediante un pase de visita semanal.
- Coordinar y derivar al nivel asistencial correspondiente (Atención Domiciliaria, ABS, Centro Socio-Sanitario).
- Si el paciente ingresado es candidato a una Atención Domiciliaria la gestora de casos contacta con la familia con el fin de dar información del servicio domiciliario y evaluar el soporte familiar o social.

- Cuando el paciente es dado de alta, la gestora de casos se coordina con el equipo de Atención Domiciliaria con el fin de garantizar la continuidad asistencial a través de planes de cuidados gestionados y la elaboración de trayectorias clínicas.
- Una vez el paciente está en su domicilio, evalúa la satisfacción del usuario, supervisa los planes de cuidados establecidos, planifica en alta y cuantifica los costos.

La gestora de casos informa a las enfermeras domiciliarias sobre los pacientes que requerirán asistencia en su domicilio. Los familiares entregarán a la enfermera los informes de alta médica y de enfermería, bien sea llevándolos previamente al ABS o bien en la primera visita domiciliaria. Ésta tendrá lugar al día siguiente al alta o al cabo de algunos días, dependiendo de la complejidad del caso. En esta primera visita la enfermera valora al paciente y/o familiar de referencia utilizando para ello las hojas de recogida de datos, basadas en los patrones funcionales de M. Gordon.

A continuación se fijan los objetivos, informando de ellos al paciente y/o familia. A partir de aquí se elabora el plan de cuidados de forma integral y personalizada.

Posteriormente se realizan las actividades apropiadas, involucrando progresivamente al paciente y/o familia en las sucesivas visitas, cuya fecha y hora aproximada sabrán con antelación.

Para posibles dudas o problemas se facilita un teléfono de contacto.

En algunos casos se dará el alta definitiva al conseguir los objetivos fijados; en otros casos la Asistencia Domiciliaria continuará indefinidamente como en las patologías crónicas. Otros casos se asumen al término.

Una vez a la semana la gestora de casos realiza las visitas conjuntamente con la enfermera domiciliaria y al finalizarlas tiene lugar una sesión clínica de enfermería en el ABS.

Desde la puesta en marcha del programa en el ABS se eligieron las dos patologías crónicas protocolizadas más frecuentes en Atención Domiciliaria y se tomaron como «casos tipo», se trata de :

- HTA no controlada y
- Diabetes Mellitus tipo dos no insulinodependiente.

La gestión de casos se fundamenta en tres registros:

A) El primer registro es la trayectoria clínica. Se elabora en reuniones del equipo interdisciplinario (médicos, enfermera, gestora de casos).

En la trayectoria clínica constan los objetivos y actividades clave de todo el equipo. Está estructurada en varios apartados: consultas, pruebas, tratamientos, medicación, dieta, actividades, plan de cuidados, enseñanza, planificación de alta.

La trayectoria clínica puede ser de días, de semanas, de meses o a término.

Es importante que esté ubicada en un lugar accesible para que el equipo pueda trabajar con ella (Historia Clínica).

B) El segundo registro es la hoja de variaciones.

Se denominan así las desviaciones de la trayectoria clínica. Son reflejadas en tres apartados:

- Descripción de variación detectada.
- Día en que se produce.
- Acciones emprendidas para corregirla siempre que sea posible.

C) El tercer y último registro es el plan de gestión de cuidados. Permite la organización de éstos a través de la consecución de los objetivos a corto y largo plazo. Se utilizan los recursos adecuados en el espacio de tiempo establecido por la trayectoria clínica. Estos recursos son consensuados con la gestora de casos.

En un primer apartado del plan se enuncian los diagnósticos de enfermería según la taxonomía de la NANDA y en un segundo apartado figuran los objetivos y las intervenciones así como su disposición en el tiempo.

CONCLUSIONES

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales permite una mayor comunicación entre los diferentes profesionales y fomenta la continuidad de los cuidados.

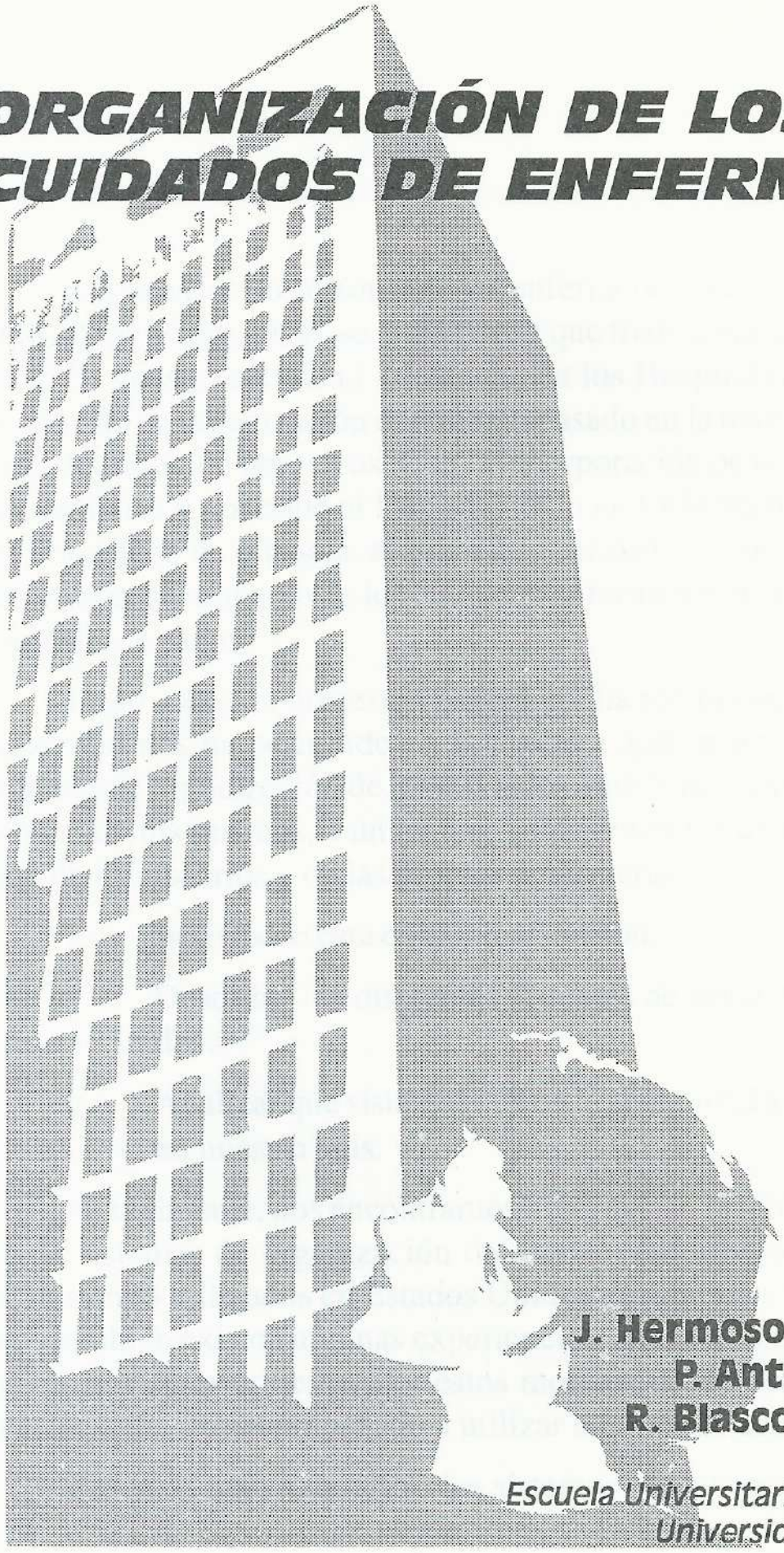
El modelo de gestión de cuidados a través de la trayectoria clínica permite:

- Mayor autonomía y desarrollo profesional de la enfermera.
- Desarrollar el auténtico rol de la enfermera en el equipo interdisciplinario.

La satisfacción del usuario se evaluará en un futuro mediante una encuesta validada.

Inspección de PAMEM nos ha informado que no han existido reclamaciones ni quejas en los seis meses de funcionamiento del programa.

ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA



J. Hermoso de Mendoza
P. Antón Almenara
R. Blasco Santamaría

Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Barcelona

El quehacer profesional de las enfermeras, por su complejidad resulta difícil de organizar, se puede decir que tradicionalmente, en el desarrollo de nuestra actividad asistencial en los Hospitales, se ha utilizado un método de organización del trabajo basado en la división del mismo o en su distribución por tareas. Con la incorporación de la Gestión al Sistema Sanitario y por ende al Departamento de Enfermería, que introduce los conceptos de eficacia, eficiencia y calidad, se inicia un proceso de valoración del impacto de los cuidados enfermeros en el conjunto de los cuidados de salud.

Junto a esto la profesión enfermera ha ido desarrollándose y este desarrollo nos ha permitido en la práctica aplicar nuevos y diferentes sistemas de organización de los cuidados, que contribuyeran a una mejor calidad de los mismos, a un avance profesional y a una mayor satisfacción de los usuarios y de las propias enfermeras.

Los objetivos de esta comunicación son:

- Describir los diferentes sistemas de organización de cuidados.
- Analizar qué sistemas son en la actualidad los mas habituales en nuestro país.

Actualmente, nos encontramos descritos en la bibliografía, una serie de sistemas de organización del trabajo enfermero; varios de ellos están siendo utilizados en Estados Unidos de América, Canadá y en Europa también existen algunas experiencias, aunque no tan amplias como las citadas anteriormente. Por estos motivos desde hace unos años, en nuestro país, se han empezado a utilizar algunos de estos sistemas.

Pasemos pues a describir los sistemas mas utilizados.

ENFERMERÍA FUNCIONAL

Consiste en la asignación de actividades o tareas específicas. Las enfermeras y auxiliares tienen encomendadas grupos de actividades relacionados con las necesidades y la organización del trabajo, interesando por ello más el conjunto de actividades que su incidencia sobre los pacientes.

Las ventajas de este sistema son:

1. Favorece la especialización
2. Clarifica la asignación de tareas
3. Facilita el trabajo de los responsables de las unidades

Los inconvenientes son:

1. Olvida la atención integral al paciente
2. Favorece el desarrollo de un modelo bio-médico
3. No favorece la comunicación entre el personal de enfermería
4. No fomenta la satisfacción del paciente

Este sistema está ligado a las teorías administrativas clásicas, poniendo el énfasis en la eficacia, la división del trabajo y un control rígido.

ENFERMERÍA POR PACIENTES

Consiste en la asignación de un número determinado de pacientes a una enfermera, teniendo en cuenta sus habilidades, aptitudes y actitudes.

La enfermera organiza los cuidados del paciente con el resto del equipo. Cuida a los mismos pacientes durante su turno, incluso si es posible durante varios días.

Las ventajas son:

1. Favorece la atención integral
2. Posibilita la comunicación intra-equipo, paciente y familia
3. Aumenta la satisfacción del paciente
4. Facilita la detección de modificaciones en la situación de salud del paciente

Los inconvenientes:

1. Aumenta el trabajo de la supervisora
2. Aumenta el tiempo y el esfuerzo al realizar una evaluación rigurosa de las necesidades del paciente
3. Genera incertidumbre en los pacientes por los turnos rotatorios

ENFERMERÍA POR EQUIPOS

Es muy similar al anterior, la diferencia estriba en que los pacientes se asignan no a una enfermera, sino a un equipo formado por enfermera y auxiliar de enfermería, pudiendo variar el número de componentes del equipo según la dotación de personal de cada unidad.

Las ventajas son:

1. Utiliza al máximo los recursos
2. Fomenta el intercambio de opiniones del equipo
3. Flexibiliza la autoridad de la supervisora
4. Propicia el cuidado integral

Los inconvenientes son:

1. Hace imprescindible el reconocimiento de líder del equipo
2. Hace necesaria una correcta evaluación de las necesidades del paciente
3. Aumenta el número de enfermeras y auxiliares

ENFERMERÍA PRIMARIA O DE REFERENCIA

Consiste en la asignación de toda la responsabilidad del cuidado de un paciente a una enfermera. La supervisora asigna los pacientes a su ingreso a una enfermera que será la responsable de planificar cuidados integrales para las 24 horas del día. Como la enfermera de referencia está presente únicamente las horas de su turno, una enfermera asociada o colaboradora es quién se encarga de asegurar la continuidad de cuidados.

Ventajas de este sistema:

1. Asegura la continuidad del cuidado
2. Facilita la coordinación y el apoyo de la Supervisora
3. Vincula al paciente a su enfermera

Los inconvenientes:

1. Introduce un cambio en las relaciones de poder y autoridad
2. Presenta o puede presentar una no aceptación de responsabilidad por parte de las enfermeras
3. Hace imprescindible un alto nivel de conocimientos

ENFERMERÍA POR PROGRAMAS

Entendemos por programa el conjunto de actividades integradas de promoción, prevención y recuperación, destinadas a grupos específicos de personas o al medio, de forma que se logren los objetivos de salud establecidos, en plazos determinados.

A partir de esta definición podemos decir, que cuando una Institución organiza su trabajo por programas y pone una enfermera al frente del mismo por su experiencia y conocimientos del tema se le denomina «enfermera por programas».

En nuestro entorno este sistema es muy utilizado en la Atención Primaria, siendo las enfermeras responsables de programas a pacientes diabéticos, hipertensos , entre otros. En la Atención Especializada también existen enfermeras por programas dirigidos a grupos de pacientes determinados como ostomizados, o, a áreas de intervención de la enfermera como dietética, documentación clínica etc.

ENFERMERÍA CLÍNICA

Para finalizar este apartado de sistemas de organización de cuidados, haremos mención a un sistema escasamente descrito en la bibliografía, pero muy utilizado en los países francófonos y en menor medida en nuestro país.

Se da la denominación de enfermera clínica, a una serie de profesionales que por sus conocimientos, habilidades y experiencia se les considera expertas en unos cuidados concretos, siendo tanto el puesto que ocupa, como el ámbito de su responsabilidad distinto en unos centros de otros.

A grandes rasgos los objetivos de la enfermera clínica son:

- Prestar cuidados a pacientes con un alto nivel de complejidad, que requieren una atención especial.
- Apoyar y asesorar a las enfermeras asistenciales y hacer que sean autónomas.
- Desarrollar instrumentos de evaluación de calidad.
- Realizar trabajos de investigación sobre los cuidados.

Una vez realizada la descripción de los distintos sistemas, pasaremos a analizar la situación actual, en nuestro país. Tradicionalmente la organización del trabajo de las enfermeras, ha sido el Funcional o por tareas, lo que ha respondido a diversas causas, relacionadas con nuestro entorno sanitario y educativo, como:

- Una asistencia sanitaria enfocada hacía la curación
- Una medicina centrada en las patologías, donde las actividades de la enfermera estaba más en función del médico que del paciente
- La concepción del individuo como enfermo con una alteración fisio-patológica, no contemplándolo como un ser bio-psico-social.
- La formación de las enfermeras, en la que los contenidos y métodos de aprendizaje pretendían formar un profesional que atendiera de la enfermedad, que aplicara tratamientos y órdenes prescritas por médicos, en definitiva un profesional con un elevado desarrollo de conocimientos y habilidades técnicos.
- La organización de los Hospitales, en los que se aplicaban técnicas de gestión basadas en la concepción de teorías administrativas fundamentadas en la tarea, en la división del trabajo, en la realización del trabajo en cadena y en la especialización en actividades o tareas concretas.

Estas circunstancias se mantienen hasta la década de los 80 en que se intenta en nuestro país dar un nuevo enfoque al funcionamiento de los Hospitales, fundamentalmente a los pertenecientes a la red Insalud, este nuevo enfoque se inicia con el «Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria» que en el apartado dirigido a enfermería contempla una serie de objetivos, de los cuales destacaremos aquellos que tienen que ver con el desarrollo de esta comunicación:

- Clasificar a los pacientes según grado de dependencia.
- Estructurar las plantillas de enfermería según cargas de trabajo.
- Responsabilizar a las enfermeras de un número determinado de pacientes y no de actividades.

Debido a ello en la mayoría de Hospitales, se inicia un cambio en la organización de los cuidados, se abandona el sistema funcional y se inicia una organización de cuidados por pacientes (Según cifras del Insalud en 1985 el 54' 6 % de los hospitales de la red realizan una distribución del trabajo por pacientes)

Este cambio se enmarca en la evolución que tiene la enfermería española en la década de los 80, fundamentalmente en los campos de la educación y la gestión como son:

- Los nuevos planes de estudio que incorporan nuevos conocimientos , concepciones y metodologías, como los planes de cuidados, los modelos y teorías.
- El reconocimiento en la organización y gestión de cuidados de las enfermeras, al establecerse las Direcciones de Enfermería al mismo nivel de decisión que la Dirección Médica y la Dirección Administrativa y de Servicios Generales.
- El Decreto de estructuras básicas, que abre nuevos campos para la enfermería y da un papel importante a las enfermeras.

El cambio iniciado en el año 1984 de pasar de un sistema de organización por tareas a uno de organización por pacientes, podríamos decir que está concluido y que en la actualidad todas las enfermeras hablamos de distribución por pacientes, no obstante queremos profundizar en este

concepto, ya que no es solamente cómo se organiza el trabajo, sino clarificar y valorar la importancia que tiene este tipo de funcionamiento.

Si bien es cierto, que en la actualidad una enfermera es la responsable de un determinado número de pacientes, no se puede decir que esta organización corresponda a la descrita en su sistema, se trata más bien de una distribución por número de camas, al margen de cuál sea la situación concreta de los pacientes ingresados en las mismas, o dicho de otra manera sin haber hecho ninguna valoración de su grado de dependencia.

Por otra parte, esta distribución actual por paciente igual a camas, no asegura que no se siga trabajando como en el modelo tradicional y se continúe organizando el trabajo por tareas (Constantes, medicación, curas..). Si la enfermera no realiza una valoración de las necesidades del paciente, corre el riesgo que se limite a realizar, como ya hemos mencionado, una serie de actividades o tareas que en ningún caso conducirán a un cuidado integral.

La situación, como vemos, es muy variada y en algunos centros además de lo expresado se están realizando experiencias de implantación de nuevos sistemas de organización de cuidados.

Los más utilizados hasta el momento, son el de la enfermera clínica y el de la enfermera por programas para un determinado conjunto de actividades, que ya sea por una necesidad en la atención, por una coyuntura determinada, por ser enfermeras con unos conocimientos específicos en un área determinada están desarrollando esas actividades

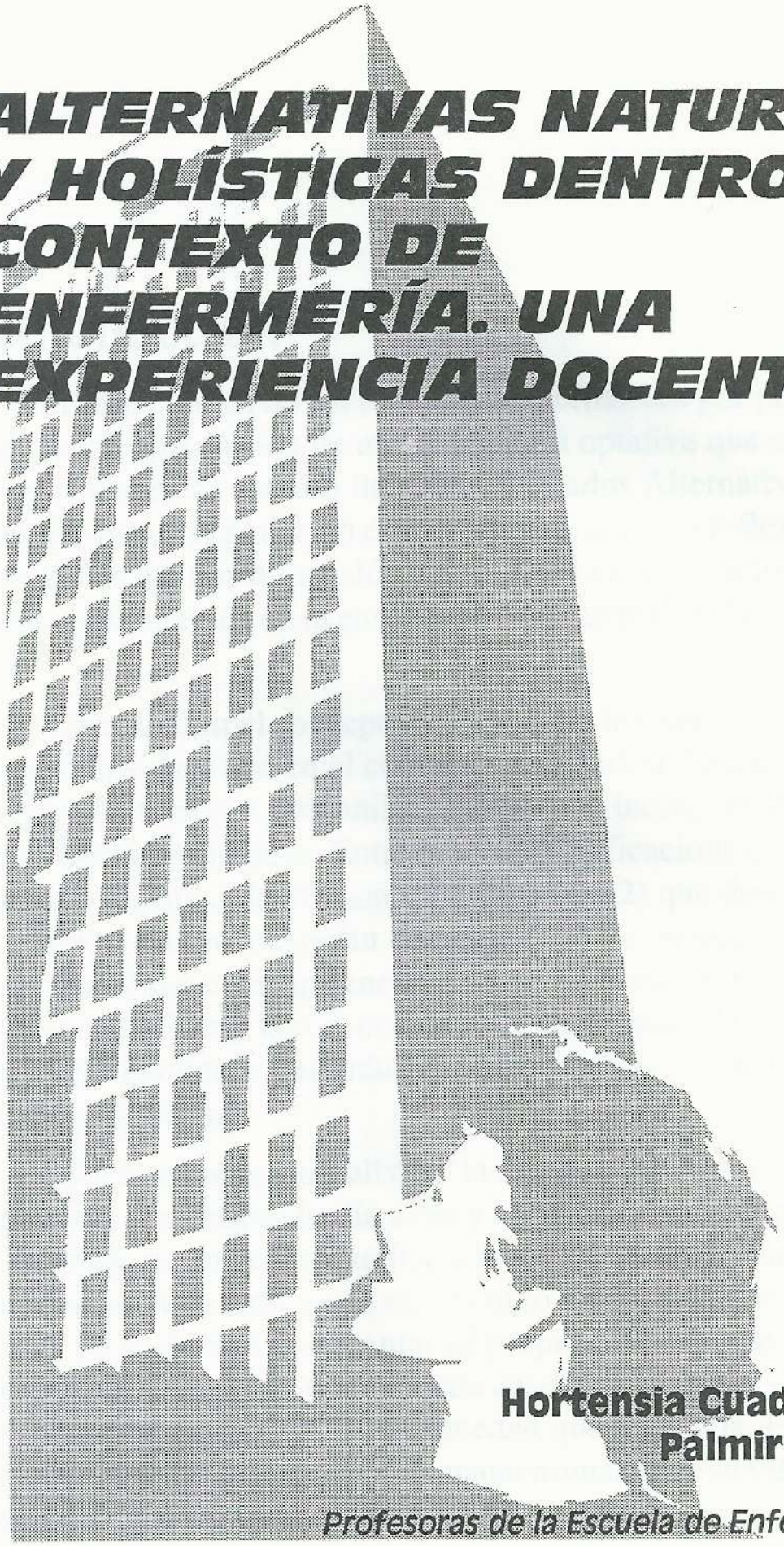
Consideramos que una vez más se han iniciado experiencias sin una buena planificación, sin partir de un análisis de la situación y del conocimiento de todos los sistemas existentes sobre organización de cuidados, para ver cual se adecua más a nuestras necesidades.

No obstante el camino está iniciado y merecería la pena analizar los resultados de las experiencias puestas en marcha en nuestro país, así como las de otros países, desde el conocimiento y el análisis de los diferentes sistemas. Esto nos permitiría hacer planteamientos sobre gestión de cuidados que contribuirían a concretar nuestra aportación imprescindible en la recuperación, prevención y mantenimiento de la salud de los individuos y grupos a los que tenemos que cuidar.

BIBLIOGRAFIA

1. GILLIES, D.E. Gestión de Enfermería: Una aproximación a los Sistemas. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona, 1994
2. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO/INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria. Madrid, 1984
3. MOMPART, Mª P. Administración de Servicios de Enfermería. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona, 1994
4. SASTRE DOMINGO, H., LOPEZ VINCE, S. ¿Cuidados por actividades? ¿Cuidados por pacientes?. Rol, 141, 23-26, 1990
5. RIVARD, C. Gestión de Enfermería a través de un Modelo. Apuntes Máster de Gestión de Servicios de Enfermería, E. de Enfermería-Universidad de Barcelona, 1994

ALTERNATIVAS NATURALES Y HOLÍSTICAS DENTRO DEL CONTEXTO DE ENFERMERÍA. UNA EXPERIENCIA DOCENTE



Hortensia Cuadra Camprubi
Palmira Rius Tormo

Profesoras de la Escuela de Enfermería de Lleida

INTRODUCCIÓN

Dado el auge de las medicinas alternativas por parte de la población y la implantación de una asignatura optativa que se incluye en los nuevos planes de estudio llamada «Cuidados Alternativos en Enfermería» queremos exponer, en esta comunicación, una reflexión sobre la necesidad de dar una dimensión más holística e integrar los cuidados naturales o alternativos en la enseñanza del Currículum Básico de Enfermería,

Para definir el concepto de asistencia holística hemos de revisar en los últimos años que en el concepto de salud, se ha añadido la visión de viejas instituciones humanistas que se han incorporado a los brillantes progresos tecnológicos. Entre muchas clasificaciones, escogemos la definición holística de Watson y Phillips (1992) que describen al hombre con alma, cuerpo y espíritu como un todo y con una visión del entorno humano como un campo energético, y con la posibilidad de esta transferencia energética y la concepción humanista aplicada a la asistencia sanitaria. Así pues cada individuo es único y se situara en un conjunto único de circunstancias.

En este concepto holístico la salud segun Meillard (1987) es algo que se va construyendo día a día y la enfermedad es por el contrario un sistema de estímulos que indica a la persona que algo no marcha bien en el proceso de la vida y que se ve como una ocasión de crecer, aprender cosas de si mismo y aumentar el propio nivel de salud. Sera, pues, el propio paciente el que mejor pueda descubrir cual es el estimulo y cual es el mensaje emitido por la enfermedad que le aqueja. El individuo es el responsable del desarrollo y del mantenimiento de su vida y de su salud y por ello tiene derecho a elegir.

Junto al sistema de la medicina oficial han existido siempre otros modelos no oficiales de muy distinta naturaleza, unas veces situados en modelos de practicas antiguas (como la medicina Aryuvédica procedente de la india y la medicina tradicional china) y otras veces en áreas de aportaciones más modernas como por ejemplo la homeopatía.

Estas medicinas no oficiales son llamadas así por no estar homologadas, oficialmente, ni con estudios académicos, además mayoritariamente, no presentar contrastaciones científicas de sus actuaciones y aparecen etiquetadas con distintos calificativos como: Paralelas, alternativas, blandas, no ortodoxas, marginales, nuevas, paramedicinas, etc... lo que implica, que la medicina oficial llamada científica, la que practican la inmensa mayoría de los médicos, la que se estudia en las universidades y se encuentra en la Seguridad Social. es todo lo contrario de suave, es decir, dura o incluso agresiva por la misma tecnología.

Se pueden catalogar más de un centenar de ellas y con diferentes significaciones.

Con relación a su oficialidad se dan todos los matices; unas claramente heterodoxas, (radiestesia, macrobiotica, etc...) otras de verdadero paralelismo en el sentido de ser un modelo puramente alternativo como (talasoterapia, hidroterapia, iodoterapia,..) otras como complementarias (yoga, quiropraxia, etc...) e incluso protomédicas (musicoterapia, cromoterapia. etc...).

En este auge social de aumento y variedad de este tipo de medicinas creemos que la enfermera tiene alternativas de asistencia o cuidados de enfermería debiendo tener la visión de futuro que existen en otros paises europeos y americanos, siendo consciente de la utilización y del significado que pueden tener para el paciente que las recibe. Para ello necesita el profesional de enfermería, motivarse, prepararse e informarse, aprendiendo su aplicación practica para poder integrarlas dentro de su habitual plan de cuidados, teniendo presente que las acciones de enfermería serán más eficaces cuando son coherentes con las creencias y valores de los pacientes, pues « si al cuidar a un enfermo no se tienen en cuenta sus condicionamientos culturales, se cae en un estrés adicional que influye negativamente sobre su recuperación».

La enfermera deberá adquirir la capacidad de saberlas unir, dentro del contexto de la medicina tradicional, pensando que de cuidados y medicinas siempre hay una, que es la que en este momento puntual y concreto necesita el paciente.

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA DOCENTE

Con el objetivo de motivar a los alumnos en este contexto holístico de enfermería y la aplicación de medicinas alternativas dentro los cuidados integrales del paciente, iniciamos durante el curso 93-94 la asignatura optativa de «cuidados alternativos en Enfermería» en que pudimos constatar lo receptivos que estaban los alumnos y su visión objetiva sobre estos temas.

Sin conocimiento previo del programa realizamos un sondeo de opinión en el que la muestra fue de 48 alumnos que respondieron a la encuesta siendo sus datos más relevantes los siguientes:

Gráfico nº1. Motivos de elección de la asignatura.

Los resultados mas indicados fueron: por curiosidad, como complementaria a otras asignaturas, por su vertiente holística y porque le resultaba interesante.

ELECCIÓN ASIGNATURA

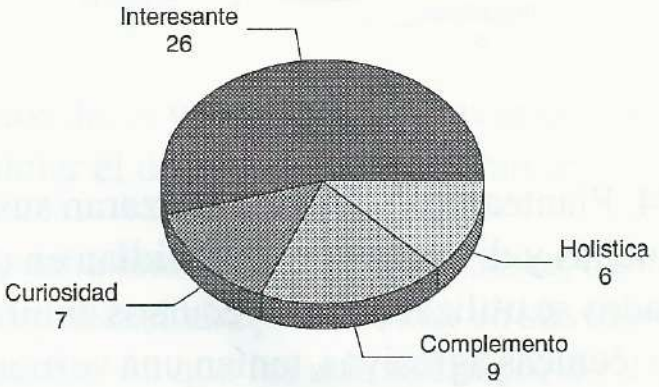


Gráfico 1

Gráfico nº2. A la pregunta de cuales habían utilizado alguna vez hubo una diversificación de respuestas pero las de mayor porcentaje fueron: la fitoterapia, el quiromasaje, la reflexología, la relajación, la dietética, la hidroterapia y la polaridad.

UTILIZACIÓN TERAPIAS ALTERNATIVAS

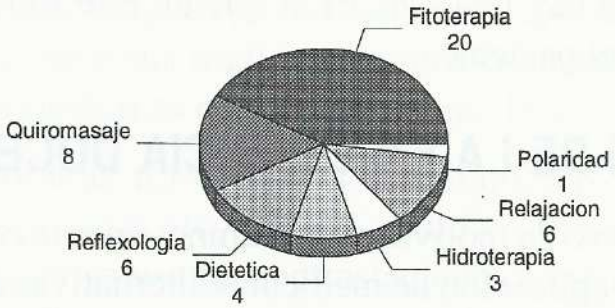


Gráfico 2

Gráfico nº3. Al pedir su opinión sobre qué población la utilizaba más, las respuestas fueron muy diversificada pero mayoritariamente por desencanto de la medicina tradicional, la población vegetariana, los jóvenes, los deportistas y ancianos y en la población rural.

USUARIOS

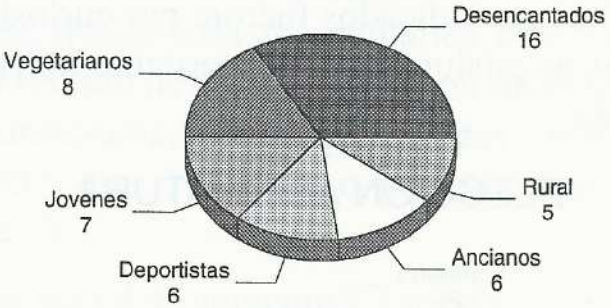


Gráfico 3

Gráfico nº4. Planteamos que nos analizaran sus ventajas Las respuestas fueron muchas y diversas pero coincidían en que en este tipo de medicinas y cuidados se utilizaban más recursos naturales, no productos farmaceuticos, no técnicas agresivas, tenían una vertiente más personal y una asistencia más humanitaria.

Gráfico nº5. A la pregunta sobre qué desventajas veían en su utilización, las respuestas fueron más concretas como el desconocimiento la desconfianza, el tiempo de aplicación era más prolongado y algunos no encontraron ninguna desventaja.

VENTAJAS UTILIZACIÓN

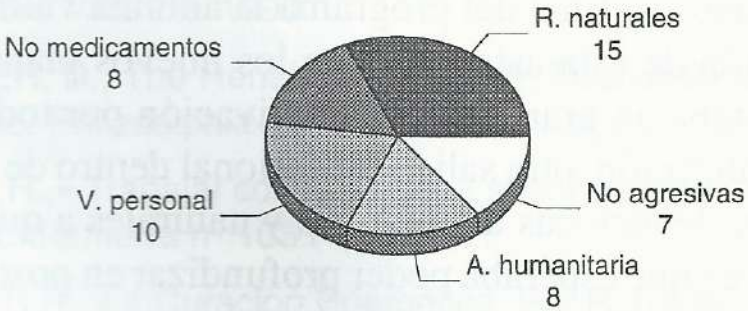


Gráfico 4

DESVENTAJAS UTILIZACIÓN

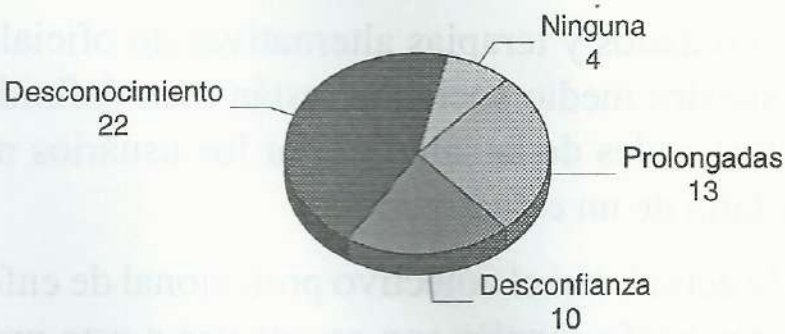


Gráfico 5

De todos estos datos y resultados obtuvimos las siguientes conclusiones antes de iniciar el desarrollo del programa:

La alumna estaba interesada por la temática, había utilizado alguna vez alguna de ellas y necesitaba profundizar en sus técnicas. Opinaba que la mayoría de la población que las utiliza era por desencanto de la medicina tradicional, manifestaba que sus principales ventajas eran la utilización de recursos naturales, usar métodos no agresivos y su aspecto humanitario, y como su mayor desventaja el desconocimiento y la falta de información

En este contexto nos sorprendió sus criterios tan acertados sobre sus ventajas e inconvenientes lo que nos facilito que se fueran trabajando a lo largo del curso. Al final del programa la alumna valoraba positivamente la inclusión de esta asignatura en los nuevos planes de estudio, además manifestaba un gran interés y motivación por toda la temática, veía otra especialización, otra salida profesional dentro de todo el abanico de opciones y de técnicas alternativas y naturales a que puede optar enfermería a la vez que esperaba poder profundizar en posteriores cursos de postgrado o especializaciones.

CONCLUSIONES

Aunque estemos en el inicio de nuestros objetivos pedagógicos, podemos sintetizar nuestras conclusiones, bajo los siguientes parámetros:

1. Los cuidados y terapias alternativas no oficiales, presentes en nuestro medio social, no están bien definidos ni por los profesionales de la salud ni por los usuarios naturalmente, por falta de un estudio critico.

2. En la actualidad el colectivo profesional de enfermería y los futuros profesionales son receptivos a este problema, pero se echa de menos un análisis adecuado.

3. Falta información y hay desconfianza en la utilidad práctica debido a la persecución del intrusismo que a veces está relacionado con este tipo de prácticas.

4. Deberían incluirse en los nuevos planes de estudio, para incorporarse habitualmente en nuestros planes de cuidados.

   En otros paises, la enfermera recibe una formación y tiene posibilidades de especializaciones en este campo.

5. El colectivo de enfermería junto con otros profesionales de la salud deberíamos elaborar estudios informativos y de investigación para poder encauzar el tema aquí presentado.

BIBLIOGRAFIA

1. IBANEZ,E., Psicologia de la Salud y Estilos de Vida. Ed. Promolibro.Valencia 1990
2. KRIEGER, D., The Renaissance Nurse. Foundations for Holistic Health Practices. Philadelphia 1989
3. FARRE,R.,» Trabajar con la persona supone utilizar la energía». Revista Rol de Enfermería nº 103 Pag.41-42.
4. GERBER,R., La Curación Energética. Ed. Robinbook. Barcelona 1993
5. MARRINER, A., Modelos y Teorías de Enfermería. Ed Rol Barcelona 1989
6. MEILLARD,F., Seminario Internacional de Enfermería. Barcelona 1987
7. SANCHEZ,A, RAMOS, E.; MARSET, P. La Actitud Participativa en Salud: Entre la teoría y la práctica. Ed. Univ. de Murcia Murcia 1994

ASPECTOS DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA QUE MOTIVAN RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS

M.L. Pérez
J. Gutiérrez
M.C. Jiménez
M. Gallego
M. Linares

E.U.E. Universidad de Jaén

INTRODUCCIÓN

Las reclamaciones del usuario -expresión de no satisfacción con el servicio recibido o bien inadecuación entre las demandas del usuario y las prestaciones del sistema de salud- pueden servir para medir la aceptación de éste o indicar defectos en la relación usuario/personal sanitario. Es frecuente encontrarse con un mayor número de reclamaciones sobre el ejercicio de la práctica profesional del personal sanitario. Por lo que respecta al personal de enfermería, dos factores contribuyen a que la enfermera se vea envuelta en numerosas reclamaciones: por una parte el aumento de la responsabilidad del personal de enfermería, por otra el reconocimiento progresivo de su papel en la prestación de cuidados al paciente y/o usuario.

OBJETIVOS

Cuantificar las reclamaciones formuladas contra el personal de Enfermería. Identificar y analizar los motivos que producen la reclamación. Detectar las demandas de los usuarios que repercuten en la mejora de la calidad asistencial de Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio abarca las reclamaciones presentadas en las áreas hospitalarias de Jaén desde el 1 de Enero de 1989 al 31 de Diciembre de 1992.

RECOGIDA DE DATOS

Este estudio se centra exclusivamente en el análisis de los escritos de los usuarios en los formularios de reclamaciones establecidos al efecto. Se realizó un protocolo, con el fin de garantizar la uniformidad de criterios en el proceso de recogida de datos.

VARIABLES DEL ESTUDIO Y DESCRIPCIÓN

1. Año de la reclamación, 1989-90-91 y 92;
2. Mes
3. Sexo del reclamante
4. Hospital que recibe la reclamación:
   - Hospital General de Especialidades «Ciudad de Jaén» de Jaén.
   - Hospital General Básico «San Agustín» de Linares.
   - Hospital General Básico «San Juan de la Cruz» de Úbeda.
5. Profesión del reclamante:
   - Agricultura
   - Empresarios
   - Empleados y Funcionarios
   - Técnicos profesionales -liberales-
   - Obreros
   - Amas de Casa
   - Pensionistas
   - Desempleados
   - Estudiantes
   - No contestan.
6. Profesionales y medios objeto de reclamación. Las reclamaciones recogidas iban dirigidas a una de las siguientes categorías:
   - Enfermeras
   - Auxiliar de Enfermería
   - Médicos

- Otro personal: celadores, administrativos, personal de oficios
- Centro
- Servicio de ambulancias.

7. Motivos de las reclamaciones dirigidas al personal de enfermería:
   - 7.1. Fallo en la valoración: interpretación errónea de la situación que presenta el paciente.
   - 7.2. Realización inadecuada de técnicas y procedimientos: prestación deficiente y/o errónea de cuidados de enfermería.
   - 7.3. Trato inadecuado: problemas surgidos en la relación enfermera/paciente. El paciente interpreta que las actitudes y formas de trato de la enfermera son incorrectas.
   - 7.4. Falta de información: ausencia y/o deficiencia de las respuestas o explicaciones por parte de la enfermera.
   - 7.5. Demora en la asistencia: retraso en la prestación de cuidados al paciente.
   - 7.6. Negación de la asistencia: la enfermera no presta los cuidados demandados por el paciente.
   - 7.7. Otros: reclamaciones no incluidas en las categorías anteriores (pérdida de objetos, ruidos, etc).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

SEXO DEL RECLAMANTE

De los reclamantes, el 38% (740 reclamaciones) corresponde a mujeres y el 62% (1201 reclamaciones) corresponden a hombres.

RECLAMACIONES POR AÑO Y MESES

Las reclamaciones estudiadas se distribuyen por años como sigue

- 1989: 388 reclamaciones
- 1990: 444 reclamaciones.
- 1991: 571 reclamaciones
- 1992: 538 reclamaciones.

PROFESIÓN DE LA PERSONA QUE REALIZA LA RECLAMACIÓN

La distribución de las reclamaciones según la actividad laboral de la persona que la realiza es la que sigue: Sin codificar: 429 reclamaciones; Agricultores: 57 reclamaciones; Funcionarios: 432 reclamaciones; Empresarios: 58 reclamaciones; Técnicos profesionales: 191 reclamaciones; Desempleo: 9 reclamaciones; Amas de casa: 358 reclamaciones; Estudiantes: 55 reclamaciones; Obreros: 291 reclamaciones; Pensionistas: 61 reclamaciones.

PROFESIONALES Y MEDIOS OBJETO DE LA RECLAMACIÓN

Distribución de las reclamaciones según las categorías codificadas: Enfermeras: 210 reclamaciones. 11% del total; Auxiliares de Enfermería: 20 reclamaciones. 1% del total; Médicos: 338 reclamaciones. 17% del total; otros profesionales: 126 reclamaciones. 6% del total; centro: 1142 reclamaciones. 59% del total; servicio de ambulancias: 105 reclamaciones, 5% del total. El porcentaje total de reclamaciones sobre el personal sanitario suma un 29%. Cuantitativamente estas plantillas no son homogéneas [1], por lo que se cree oportuno establecer un cociente o relación del numero de reclamaciones por cada 100 profesionales y año de cada grupo estudiado, siendo los resultados obtenidos los siguientes:

* ENFERMERAS
  Año 1989: 4,4/100 enfer.; año 90: 6,4; año 91: 5,4; año 92: 5,4.
* AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
  Año 1989: 0,7/100 ; año 90: 0,5; año 91: 1,0; año 92: 0,5.
* MÉDICOS.
  Año 1989: 12,9/100; año 90: 21,6; año 91: 15,4; año 92: 15,2.

DISTRIBUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES DIRIGIDAS CONTRA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Se han incluido en este apartado las 20 reclamaciones dirigidas contra las auxiliares de enfermería, al constituir ambas categorías profesionales el equipo de enfermería.

[1] *Médicos 517, Enfermeras 966 y Auxiliares de Enfermería 681. Datos correspondientes a la totalidad de las plantillas de los hospitales de Jaén, Linares y Úbeda, facilitados por las direcciones de Enfermería.*

La distribución de las reclamaciones por motivos es la siguiente: 39,6% trato inadecuado; 18,3% falta de información; 13,0% demora en la asistencia; 12,2% realización inadecuada de técnicas y procedimientos; 10,4% negación de asistencia; 4,8% fallo en la valoración; 1,7% otros.

El trato inadecuado es el motivo que genera un mayor número de reclamaciones dirigidas hacia el personal de enfermería. Las enfermeras participamos en un gran número de relaciones interpersonales con los pacientes, ya que toda prestación de cuidados implica una oportunidad de interacción. Las actitudes de respeto, calidez y empatía son fundamentales para una buena relación asistencial. Se constata que las reclamaciones se producen cuando alguna de estas actitudes no es percibida por el paciente al relacionarse con la enfermera. La falta de información es, en nuestro estudio, el segundo motivo que provoca un mayor número de reclamaciones sobre el personal de enfermería. Actitudes más activas de los pacientes ante su enfermedad llevan a que estos realicen preguntas (¿por qué?, ¿cuando?, ¿donde?....) que requieren de los profesionales de enfermería la información que se deriva de la prestación de sus cuidados. En la ejecución de los cuidados de enfermería se engloban cuatro posibles motivos de reclamación. En 30 casos el paciente consideró que estos cuidados se prestaron con retraso. No llegaron a prestarse en 24 ocasiones. Mostró su disconformidad con la realización de la técnica o el procedimiento en 28 reclamaciones. Por último 11 reclamaciones contenían motivos aducidos por el paciente que consideramos incluidos en el concepto fallo en la valoración.

CONCLUSIONES

El sexo que predomina en los reclamantes es el masculino en una proporción de 3/2. El número de reclamaciones presentadas ha ido en aumento. El grupo profesional que más reclamaciones formula es el de funcionarios y administrativos, seguido por el grupo de amas de casa. Más de la mitad de las reclamaciones van dirigidas contra el centro hospitalario. El porcentaje total de reclamaciones dirigidas contra el personal sanitario (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) supone un 29%, siendo el 12% el correspondiente al personal de enfermería. Entre las reclamaciones dirigidas con-

tra el personal de enfermería el motivo que más sobresale es el de trato inadecuado. Entre las reclamaciones dirigidas contra el centro destaca la disconformidad con la normativa interna, deficiencias en el mantenimiento de los centros y en el sistema de la cita previa.

BIBLIOGRAFÍA

1. PACHECO, M.V. Los derechos humanos y los del paciente desde el punto de vista de un servicio de reclamaciones hospitalarias. Todo Hospital, 62 (1989) 37-39.
2. MARTÍNEZ DE LA IGLESIA, J. y otros. Los factores socioeconómicos: ¿influyen en la demanda asistencial y grado de satisfacción en Atención Primaria?. Atención Primaria, 7 (2) (1990) 106-111.
3. CARRASCO PRIETO, A.L. y otros. Grado de satisfacción del usuario, a partir de las reclamaciones en el SAP de 20 hospitales. Control de calidad asistencial, 3 (1) (1988) 34.
4. DÍAZ ALVAREZ, A. y otros. Las reclamaciones de los usuarios: un instrumento del control de calidad. Atención Primaria, 4 (4) (1987) 184-188.
5. ROJAS ALCÁNTARA, P. y otros. Derecho a la información. Enfermería científica, 82 (1989) 4-6.
6. COROMINAS MALET, A. La dignidad del enfermo. Medicina Integral, 7 (3) (1986) 139-140.
7. ROMEO CASABONA, C. Los derechos del enfermo a la luz de la Constitución Española. Todo Hospital, 62 (1989) 27-31.
8. ADAM, E. Hacia donde va la Enfermería. Madrid. Interamericana. 1982.
9. Anuario estadístico de la provincia de Jaén, 1992. Jaén. Instituto de Estudios Jiennenses. Diputación Provincial. 1993.
10. HINCHLIFF,S.M. Enseñanza de Enfermería Clínica. México. Interamericana. 1982.
11. DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C., RODRÍGUEZ, J.A., DE MIGUEL, J.M. Sociología y Enfermería. Madrid. Pirámide. 1983.
12. MANSILLA IZQUIERDO,P.P. Reforma Sanitaria. Fundamentos para un análisis. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1986.
13. LÓPEZ SERRATO, M y MARTÍNEZ MILLÁN. La Reforma Sanitaria en Atención Primaria 1984-1990. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Sevilla 1985.

14. POLETTI, R. Cuidados de Enfermería. Tendencias y Conceptos actuales. Edit. ROL. Barcelona 1980.

15. LYER,P., TAPTICH,B, BERNOCCHI-LOSEY,D. Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería. Interamericana MCGRAW-HILL. Madrid 1993.

16. Guía de Programas para la Salud en Andalucía. Consejería Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Sevilla 1986.

17. Ley 8/86 de 6 de Mayo del Servicio Andaluz de Salud.

18. Orden 2 de Mayo del 1989, dictando instrucciones en relación con el Libro de Sugerencias y Reclamaciones.

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA CONFORTABILIDAD DE LOS COLCHONES ANTIESCARAS

Gloria Gallego Caminero
D.E. TEU Enf. Fundamental (*)

Pilar Ferrer de S. Jordi Montaner
Matrona. TEU Mat-Inf. (*)

Joana Fornés Vives
D.E., Dra. en Psicología, TEU E. Psiquiát. (*)

Ester Collado Planas
D.E. Coordinadora de Enfermería (**)

Asunción Jiménez Clar
D.E. Coordinadora de Enfermería (***)

María Antonia Palou Oliver
D.E. Prof. Asociada Méd. Quir. (*)

Jorge Pericás Beltrán
D.E., Ldo. en Biología, TEU Méd. Quir. (*)

E.U.E. de la Universitat de les Illes Balears (*)
Llar Ancians del Consell Insular de Mallorca (**)
Residencia de Ancianos del INSERSO. Bonanova (***)

INTRODUCCIÓN

La experiencia sobre el uso de distintas superficies de alivio de presión hace suponer que éstas influyen en el confort de los usuarios. Para determinar la veracidad de esta suposición y enmarcado dentro de un estudio más amplio, financiado por el FIS, se analiza la relación entre tres tipos de colchones antiescaras y el confort experimentado por los usuarios en cada uno de ellos.

OBJETIVO

Determinar el nivel de confort manifestado por un grupo de ancianos tras la prueba de tres tipos de colchones antiescaras.

MATERIAL Y MÉTODO

Tras probar por una noche a la semana cada uno de los siguientes colchones: **Aire a baja presión alternativa, espuma de bultex agrietada y módulos de agua,** se entrevistó según un cuestionario elaborado al efecto a un grupo de seis hombres y 28 mujeres residentes en dos geriátricos **sin presencia de incapacidades físicas ni trastornos del sueño**, su opinión respecto a cinco variables relacionadas con el confort: Facilidad para mantener la temperatura corporal, facilidad para cambiar de postura, dolor al levantarse, emisión de ruido por los colchones o al moverse sobre ellos, facilidad para conciliar el sueño, y su dureza; así como la preferencia general sobre cada colchón. Todos los ancianos tuvieron la oportunidad de abandonar en cualquier momento su participación en el estudio. Los colchones fueron probados en las camas habitua-

les de los ancianos y los factores ambientales tales como temperatura de la habitación, ropa de cama o ruidos durante de la noche fueron también controlados. La encuesta recogía a su vez datos en todas las variables respecto al colchón habitual de los ancianos (Muelles en todos los casos).

RESULTADOS

Ningún anciano manifestó disconfort con su colchón de muelles habitual (criterio de selección de la muestra). 20 de los 34 encuestados abandonaron alguno de los colchones antes de finalizar la noche por no poder conciliar el sueño y seis de ellos se retiraron totalmente del estudio no deseando probar ningún otro colchón. Los datos más importantes a resaltar de los resultados son los siguientes:

En casi todas las variables estudiadas aparecen diferencias e.s. (p=0.000) entre los colchones probados. Por lo que respecta a la **incomodidad** causada por los **cambios de temperatura**, estas diferencias son notables entre los colchones de aire-agua (superiores al uno por mil, p=0.000) y aire-muelles (superiores al 5%, p=0.0393). Respecto a la **facilidad para cambiar de postura,** aparecen también diferencias cercanas o superiores al uno por mil entre todos los colchones, siendo el colchón de agua el más incómodo (72% de los casos), seguido del de aire.

Para la variable **dolor** casi un 60% de los encuestados manifestó estar bastante dolorido tras dormir en el colchón de agua y algo dolorido (45% de los casos) en el de aire, apareciendo también diferencias estadísticamente significativas respecto a esta variable entre todos los colchones, excepto entre los de espuma-muelles (p=0.1984). En cada una de las variables, las molestias percibidas en el colchón de espuma fueron mínimas.

Respecto a la preferencia de colchón, con diferencias también altamente significativas (p=0.000) la decisión se inclina por su colchón habitual de muelles.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

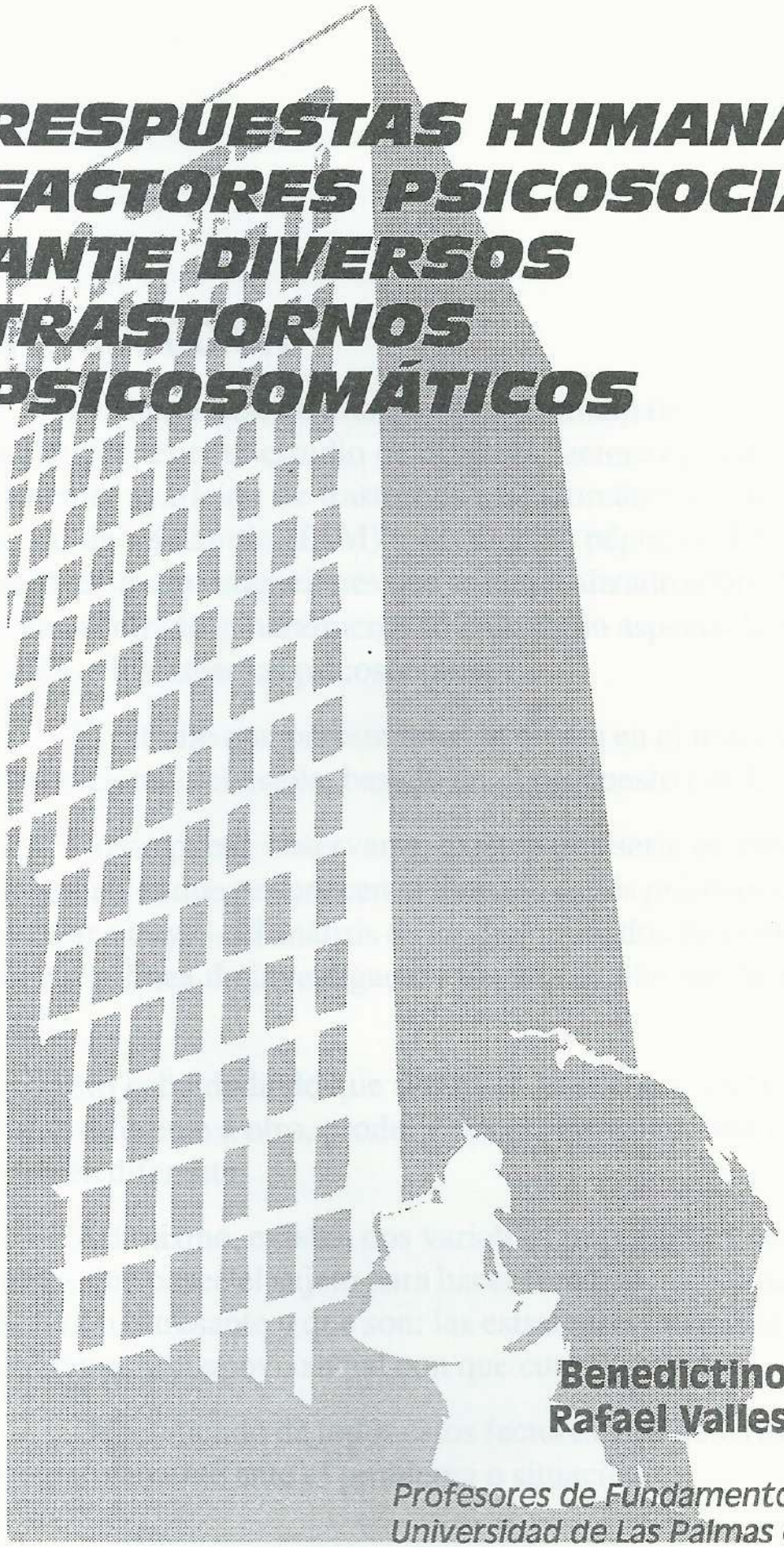
En base a estos resultados y en contra de lo que habitualmente se supone, puede deducirse que los colchones antiescaras son, en general, poco confortables. En caso de tener que ser adquirido alguno de ellos para el uso particular de los propios ancianos, ninguno los prefiere a los suyos habituales de muelles. En todo caso, las preferencias si tuvieran que elegir entre alguno de los colchones probados, el colchón de espuma de Bultex es el mejor clasificado, seguido del de aire y finalmente del de agua que ha sido el peor valorado.

En la bibliografía consultada referente a los colchones que disponemos para prevenir la incidencia de lesiones por presión, no hay un consenso respecto al mejor colchón antiescaras. Los estudios revisados demuestran que cualquiera de ellos puede ser eficaz en su propósito y por este motivo suelen ser recomendados por los expertos (Clinical Guidelines, 1992) como una medida más de prevención; medida que debe imponerse en pacientes valorados como de alto riesgo (Escalas Norton, Braden, Waterloo, etc.). Por dicho motivo, sugerimos que ante la elección de uno de estos colchones se tengan también en cuenta otras variables como su coste, facilidad de manejo y el **confort de los usuarios**, especialmente en aquellos que pueden apreciarlo

BIBLIOGRAFIA

1. BARENTT,R.I.; ABLARDE,J.A. Skin Vascular reaction to Standard Patient Positioning on a Hospital Mattress Decubitus, 1994, 7 (1): 58-65
2. PASE,M.N. Pressure Relief Devices, Risk Factors, and Developement of Pressure ulcers in Elderly Patients with Limited Mobility Decubitus, 1994, 7 (2): 38-42
3. How to predict and prevent pressure ulcers. CLINICAL GUIDELINES American Journal of Nursing 1992, (Jul): 52-60
4. PANCORBO HIDALGO, P.L.; ALCAZAR CAMARA, M.J.; PEREZ CATALAN, M.J.; RAMIREZ PEREZ,M.C. Colchón de aire. Prevemir úlceras por decúbito. Revista de Enfermería Rol 1993, (183): 75-8
5. ZARAGOZA, M.; SANCHEZ ZAPLANA, J. Colchones antiescaras Revista de enfermería Rol. 1986, (100): 134-7.
6. NORTON,D. Calculating the Risk: Reflections on the Norton Scale Decubitus 1989 2 (3): 24-31

RESPUESTAS HUMANAS Y FACTORES PSICOSOCIALES ANTE DIVERSOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS



Benedictino Ojeda Pérez
Rafael Vallespin Montero

Profesores de Fundamentos de Enfermería
Universidad de Las Palmas de Gran Canarias

INTRODUCCIÓN

El interés de este trabajo estriba principalmente, en la importancia que puede tener el estudio de diversos factores psicosociales que influyen en la aparición de trastornos psicosomáticos, tales como el infarto agudo de miocardio (IAM) y las úlceras pépticas (UP). Hasta la fecha, las diversas investigaciones que se han realizado sobre dichos trastornos, se han centrado generalmente sólo en algún aspecto de los mismos, olvidándose los aspectos psicosociales.

El estudio que presentamos se centra en el modelo interaccional o transaccional del estrés, basado en el propuesto por Lazarus en 1967.

Como puede observarse, existen una serie de aspectos o variables emocionales que pertenecen al llamado estrés psicosocial, y que vamos a analizar a través del análisis de los denominados sucesos vitales mayores, que es la línea de investigación llevada a cabo por Masuda, Holmes, y otros.

No cabe duda de que un sujeto puede percibir un suceso vital de forma diferente a otro, produciéndose, por tanto, una respuesta humana también diferente.

Así mismo, existen dos variables importantes que analizan los recursos que posee el sujeto para hacer frente al problema o situación conflictiva o estresante y que son: las estrategias que utiliza para afrontar el problema, y el apoyo social con que cuenta.

Dependiendo de todos estos factores, el sujeto responderá positiva o negativamente ante el problema o situación.

Estas respuestas emocionales están íntimamente unidad a rasgos disposicionales o de personalidad del individuo, tales como su capacidad de reacción ante el estrés, la ira-hostilidad, y el estado de depresión.

Finalmente, hemos analizado si las respuestas humanas están condicionadas o no por sucesos relacionados con la salud, utilizando en este caso como criterios las úlceras pépticas y los infartos agudos de miocardio.

Comprobamos que en nuestro estudio se han tenido en cuenta los tres componentes que influyen en el proceso desencadenante de los trastornos psicosomáticos: el emocional, la respuesta humana, el afrontamiento del sujeto al problema, y el fisiológico, siendo este último el que al final determinará la salud o enfermedad del sujeto.

Las hipótesis que nos planteamos fueron las siguientes:

Deben existir diferencias significativas entre los grupos y estas diferencias deben darse:

1°. Tanto en lo que respecta a variables externas o situacionales como en lo que respecta a variables emocionales.

2°. En las estrategias que posee cada sujeto para afrontar el problema o situación conflictiva.

MATERIAL Y MÉTODO

SUJETOS: Se han estudiado tres grupos:

a. 35 sujetos diagnosticados de infarto agudo de miocardio.

b. 35 sujetos con padecimiento de úlcera péptica.

c. 35 sujetos control o sanos.

INSTRUMENTOS

Se realizaron diversas pruebas, cumplimentadas todas ellas a través de una entrevista personal, y en las que las condiciones para cada uno de los grupos en estudio eran similares, por ejemplo, lugar, luz, ruidos, etc equivalentes.

En primer lugar, se cumplimentó un cuestionario general que recoge las variables siguientes: edad, estudios, ocupación, estado civil, consumo de alcohol, café, y por último tipo y frecuencia de deporte que pudiera realizar.

En segundo lugar, un cuestionario que analiza el estado de ira del sujeto en el momento de contestar el mismo, y posteriormente cómo se siente normalmente y cómo controla y responde ante la ira/hostilidad.

En tercer lugar se utilizó una escala de sucesos vitales de 66 items, a través del cual se analizan las respuestas del individuo ante diversos sucesos vitales que ha podido vivenciar en los dos últimos años, tales como: quedarse sin trabajo, reformar la casa, etc.

En cuarto lugar, una escala de afrontamiento o estrategias de coping en el que el sujeto describe la forma de pensar, sentir o reaccionar ante situaciones estresantes de la vida diaria.

Así mismo, se utilizaron escalas de medición de depresión y de índice de reactividad al estrés.

PROCEDIMIENTO

Para pasar la batería de test se contactó con cada sujeto un día o dos antes de la entrevista personal. Se le explicó detalladamente cómo debía complimentar los cuestionarios y se les aclaró todas las dudas.

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó un ordenador Compaq Deskpro 486/50L, al cual fue implementado el paquete integrado COSS, empleándose los subprogramas siguientes:

1. Análisis de varianza (Anova).
2. Contrastación de medias. En caso de significación en el anova correspondiente se aplicó el test de comparaciones múltiples de Scheffe
3. Análisis multivariado, en concreto el Discriminante «paso a paso».

RESULTADOS

De los anovas o análisis de varianza, hemos de destacar la aparición de diferencias significativas entre los tres grupos, en relación a las respuestas humanas ante diversos sucesos vitales. Así, por lo que se refiere al estrés psicosocial, puede observarse que existen diferencias significativas.

Respecto a la contrastación de medias debemos aclarar la significación de las letras que aparecen en estos gráficos:

n = número de sujetos; M = media aritmética;
S = desviación típica; ET = error típico.

Podemos constatar que hay diferencias entre los tres grupos.

A continuación de cada una de las cifras correspondientes a las medias aparece una serie de letras, en este caso, a, b, y c, y que aparecerán en todas las tablas cuando ha habido significación en el Anova. Cuando las letras no coinciden quiere indicar que son significativamente diferentes entre sí, según la prueba de comparaciones múltiples de Scheffe.

Al comparar los sujetos con infarto y los de úlceras, vemos como los infartados son los que tienen las puntuaciones mayores en esta variable, lo que significa que poseen un nivel mayor de estrés psicosocial (han vivenciado más sucesos vitales estresantes y han respondido de forma más negativa ante en esos sucesos).

Así, tenemos ya un primer resultado interesante, al comprobar la existencia de diferencias significativas entre las respuestas humanas ante diversos sucesos vitales.

Siguiendo el esquema del modelo interaccional presentado anteriormente, nos centramos ahora en las variables emocionales y de personalidad.

Podemos comprobar que también existen diferencias significativas. La hostilidad como estado habitual del sujeto aparece en mayor grado entre los sujetos de los grupos clínicos que en el grupo sano.

En relación a la expresión total de la ira se observan diferencias significativas entre los grupos, según el anova aplicado a esta variable.

Al comprobar las medias, y aplicar la prueba de Scheffe, obtuvimos diferencias entre el grupo sano y los grupos clínicos, pero también entre éstos. Son los sujetos con úlcera péptica los que más puntúan en este factor de expresión total de la ira.

En el siguiente gráfico, podemos observar que ante la variable IRE (respuesta ante el estrés), es donde encontramos las diferencias más claramente significativas entre los grupos estudiados .000, siendo los sujetos con infarto los que tienen las puntuaciones más altas.

Otra variable donde también encontramos diferencias significativas es en la denominada depresión o estado de ánimo deprimido. (significación de .006). nuevamente en grupo de infartos (IAM) es el que mayor nivel de depresión presenta, superior al grupo con úlceras, pero ambos, presentan un nivel de depresión mayor que el grupo de sujetos sanos.

En relación a las estrategias de afrontamiento con que cada grupo hace frente al problema de salud así como al apoyo social con que cuenta para afrontarlo, hemos encontrado diferencias significativas.

En el gráfico, podemos comprobar como las personas enfermas buscan más este tipo de apoyo social emocional, pero sobre todo, las personas con IAM.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Con la investigación llevada a cabo hemos comprobado cómo existen diversos aspectos psicológicos y sociales que influyen de forma decisiva en la aparición de infartos agudos de miocardio y úlceras pépticas. Así mismo, hemos comprobado cómo los individuos responden de forma diversa ante estos problemas de salud, pero siendo previsible respuestas estándares ante problemas de salud similares.

Una vez comprobado la existencia de estas diferencias significativas entre grupos IAM, UP, y grupo control, así como las diferentes estrategias de afrontamiento que utilizan cada uno de ellos, las enfermeras estamos en condiciones de influir de forma decisiva, tanto en la prevención, como en el cuidado y tratamiento de los individuos con estos problemas.

Nuestra contribución específica puede estar orientada hacia el asesoramiento, consejo y enseñanza al cliente/paciente de las estrategias de coping (afrontamiento) focalizadas en la disminución de expresión de la ira, hostilidad, etc. En segundo lugar, enseñanza de utilización de estrategias positivas, tales como valoración cognitiva del problema, elaboración de planes de actuación, razonamiento, etc. Y en tercer lugar, enseñanza de técnicas de relajación.

Posiblemente, la conclusión más importante a la que hemos llegado con la investigación que le hemos presentado en esta comunicación, y que como podrán comprender, por motivos de tiempo, hemos tenido que resumir al máximo, es que el afrontamiento de los eventos estresantes de la vida diaria está haciendo verdaderos estragos en las personas y está provocando trastornos psicosomáticos como los que hemos analizado. En este sentido, un equipo de investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, al frente del cual está la enfermera, doctora, Dª Benedicta Ojeda Pérez, continuará investigando en la búsqueda de estrategias de afrontamiento y respuestas humanas ante diversos problemas específicos de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. ALFARO, R. (1992): Aplicación del Proceso se Enfermería.Doyma. Barcelona.
2. CHOROT, P. y SANDÍN, B.(19879: Escala de Estrategias de coping, UNED, Madrid (no publicado)
3. LAZARUS, R.S. (1982): Relationships of daily hassles, uplifts and major life events to health status. Health Psychology, 1, 119-136.
4. EYSENCK, H.J. (1988):Personality and stress as casual factors in cancer and coronary heart disease, en M.P. Janisse (Ed.9, Individual differences, stress and health psychology, 129-145, Nueva york: Springer-Verlag.
5. FOLKMAN, S. y LAZARUS, R.S.(1988a): Manual for the Ways of Coping questionnarie, Palo Alto, Ca: Consulting Psychologist Press.
6. IYER , P.W., TAPTICH, B.J. y BERNOCCHI-LOSEY, D, (1993): Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Interamericana- Mcgraw-hill.

7. LAZARUS, R.S.(1966): Psychological stress and the coping process, Nueva York. Macgraw-Hill.

8. LAZARUS, R.S. (1986):Estrés y Psocesos cognitivos. Barcelona. Marínez roca (orig. Inglés, 1984).

9. LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S.(1984): Stress, appraisal and coping. Nueva York. Springer (traducción castellana en Marínez Roca, Barcelona)

10. RIOPELL, L.,GRONDIN, L.y PHANEUF, M. (1993). CUIDADOS DE ENFERMERÍA:Un proceso centrado en las necesidades de la persona.Interamerica-McGraw-Hill.

11. SANDÍN, B. y CHOROT, P. (1980): Personalidad y Coping: Efectos producidos por estímulos aversivos sobre respuestas de actividad electrodermal. Psiquis, 1,201-207.

12. SANDÍN, B. y CHOROT, P. (1987): Escala de sucesos vitales. UNED. Madrid. (no publicado).

13. SANDIN, B. (1989): Estrés, coping y alteraciones psicofisiológicas en B. Sandin y J. Bermúdez, Procesos emocionales y Salud, pp.45-72. Madrid: UNED.

14. SPIELBERGERR, C.D. (1988): State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), Odessa, Fi: Psychological Assessment Resources (PAR).

Asociacion Española
de Enfermeria Docente

Marques de Lema, 13 - 4º A
28003 Madrid
Tel. 91 - 554 42 26